

등록 기관: _____ 현장명: _____

등록 유형: 직접 방문(서명 필수) 원격(서명란에 '원격' 표시)

의료 기록 번호: _____ 등록일: _____

| | |
|---------------------|---|
| 환자 성명: | |
| 생년월일: (MM/DD/YY) | 성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 기타 |
| 집주소: | 아파트 번호: |
| 시: | 주: |
| 전화: | |

| | |
|---|---|
| 의료 보험이나 메디케이드가 있습니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 예, 하지만 내 필요를 충분히 충족하지 않음 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 귀하의 한달 총 가구소득 (세금 공제 전 모든 가구 구성원의 총소득): | \$ _____ 월 |
| 귀하의 가구 내 구성원 수 (귀하 포함): | _____ 인 |

| | |
|-------------------------|---|
| 히스패닉계 또는 라틴계 출신이십니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음/확실하지 않음 <input type="checkbox"/> 답변하고 싶지 않음 |
| 인종(하나 이상 체크): | <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 태평양 섬 주민 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 알 수 없음/확실하지 않음 <input type="checkbox"/> 답변하고 싶지 않음 |
| 읽기 시 선호하는 언어는 무엇입니까? | <input type="checkbox"/> 한국어 <input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 기타: |

환자 동의

오리건 보건청(Oregon Health Authority)에서 주관하는 오리건 스크린와이즈 프로그램(Oregon ScreenWise program, ScreenWise)의 목표는 예방과 조기 검진을 활성화하여 유방암 및 자궁 경부암의 발병률을 줄이는 것입니다.

스크린와이즈 프로그램에서는 다음에 대한 비용을 부담할 수 있습니다.

- 유방암 또는 자궁 경부암 검사 및 진단
- BRCA 1 및 2의 유전 상담 및 검사를 이용한 유전 암 검사와 고위험 환자 식별
- 환자 내비게이션 및 지원

스크린와이즈는 유방암 또는 자궁 경부암 치료비를 부담하지 않습니다. 치료가 필요한 경우 환자는 메디케이드 유방암 및 자궁 경부암 치료 프로그램(Medicaid Breast and Cervical Cancer Treatment Program, BCCTP)을 신청하실 수 있습니다.

이 양식에 서명함으로써, 본인은 다음을 이해합니다.

- 본인의 등록은 아래 서명일로부터 최대 3개월 전에 시작될 수 있으며, 스크린와이즈에서 해당 기간 동안 유자격 청구건을 지불할 수 있습니다.
- 본인은 자격이 유효한 동안 스크린와이즈에 1년간 등록 상태를 유지하고 프로그램 탈퇴를 요청하지 않습니다.
- 본인의 서비스 제공자는 매년 본인의 프로그램 자격 지속 여부를 평가할 것입니다.
- 스크린와이즈, 본인의 의료 서비스 제공자, 진료소 및/또는 병원은 본인의 건강 관리 및 본인이 스크린와이즈를 통해 받는 모든 관련 의료 서비스에 대한 정보를 서로 공유할 수 있으며, 적절한 검사 및/또는 진단 서비스, 유전 상담, 유방암 및 자궁 경부암 관련 검사에 대한 본인의 치료와 참여를 계획할 수 있습니다.
- 본인의 정보는 오리건 보건청(Oregon Health Authority), 계약 제공자 및 자금 제공자 이외의 누구와도 공유되지 않으며, 게시된 보고서는 본인의 이름을 사용하지 않습니다.
- 본인은 스크린와이즈 서비스와 관련된 서면, 전화 또는 전자 통신을 수신할 수 있습니다.
- 본인의 서비스 제공자는 스크린와이즈에서 보장하지 않는 서비스에 대해 본인에게 서면으로 고지해야 합니다.

이 양식에 서명함으로써 본인은 다음 사항을 확인합니다.

본인은 프로그램에 대한 다음의 자격 요건을 모두 충족합니다.

- ✓ 오리건에 거주 또는 거주할 예정임
- ✓ 본인의 가구 소득이 연방 빈곤 기준의 250% 이하임
- ✓ 보험이 없거나 본인의 보험이 내 필요를 충분히 충족하지 못함

환자 서명:

날짜:

환자 이름(정자체 기입):

이 문서는 다른 언어, 대형 인쇄체, 점자 또는 선호하는 형식으로도 제공됩니다. 스크린와이즈에 971-673-0581 번으로 문의해 주십시오. 통신중계 서비스를 지원하며 711 번으로 전화주셔도 됩니다.

환자 서비스 적격성

| | |
|----------------------------------|--|
| 환자에게 유방 또는 자궁 경부암 진단 서비스가 필요합니까? | <input type="checkbox"/> 21~49 세* *21~49 세 환자는 진단 서비스가 필요한 경우를 제외하고 등록 자격이 없음 <input type="checkbox"/> 50 세 이상 |
|----------------------------------|--|

유방암 평가 *선택사항은 적격성에 영향을 미치지 않음*

| | |
|---|--|
| 아슈케나지 유대계 출신이십니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음 <input type="checkbox"/> 답변 거부 |
| 환자 또는 가까운 혈연관계 친척이 유방암, 나팔관암, 남성 유방암, 흑색종, 난소암, 췌장암, 복막암 또는 전립선암을 진단받은 적이 있습니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음 <input type="checkbox"/> 답변 거부 |
| 유방암 위험이 있으십니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음 |

유방암 서비스

| | |
|----------------------------|---|
| CBE 날짜: _____ (MM/DD/YYYY) | <input type="checkbox"/> 일반 검사/양성 결과 <input type="checkbox"/> 비정상/암 의심 <input type="checkbox"/> 미수행됨 |
| 현재 유방 조영술이 지시되었습니까? | <input type="checkbox"/> 예(검사 또는 진단) <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 추가 진단을 위해 바로 검사 수행 (예: 초음파, 조직검사 등) |

자궁암 평가*선택사항은 적격성에 영향을 미치지 않음*

| | |
|----------------------------|--|
| 최근에 pap(현재 등록 이전)을 받으셨습니까? | <input type="checkbox"/> 예, 날짜 기재 (알고 있는 경우): _____ (MM/DD/YYYY) <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음 |
| 자궁 경부암 위험이 있으십니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음 |

자궁 경부암 검사 서비스

| | |
|----------------------------|--|
| Pap 날짜: _____ (MM/DD/YYYY) | <input type="checkbox"/> 정기 검사 <input type="checkbox"/> 최근 비정상적 Pap 이후 관찰 <input type="checkbox"/> Pap 미검진, 질경 검사가 지시됨 <input type="checkbox"/> Pap 미검진, 다른 진단이 지시됨 <input type="checkbox"/> Pap 미검진, 기타 검사 서비스가 제공됨 <input type="checkbox"/> 자궁 경부 서비스가 미수행됨 |
| HPV 가 지시되었습니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |

이들 질문은 선택사항이며 귀하의 답변은 기밀로 유지됩니다. 건강 및 서비스 차이점을 찾아서 대응할 수 있도록 귀하의 인종, 민족, 언어, 장애 수준을 말씀해 주시기 바랍니다. 해당 문항에 응답하고 싶지 않으신 경우 "답변하고 싶지 않음"에 체크해 주십시오. 본 양식을 작성하면서 문의 사항이 있는 경우 진료소 직원에게 도움을 청하십시오.

인종 및 민족

1. 귀하는 자신의 인종, 민족, 소속 부족, 출신국가 또는 혈통을 어떻게 구분하시겠습니까? (예: 부모님의 혈통, 부족 회원)

답변하고 싶지 않음

2. 귀하의 인종 또는 민족 정체성은 다음 중 무엇입니까? 해당 항목을 모두 체크하십시오.

히스패닉계 및 라틴계

- 중앙 아메리카인
- 멕시코인
- 남아메리카인
- 기타 히스패닉계 또는 라틴계

하와이 원주민

태평양 섬 주민

- 차모로인
- 마셜인
- 미크로네시아 지역 커뮤니티
- 하와이 원주민
- 사모아인
- 기타 태평양 섬 주민

백인

- 동부 유럽인
- 슬라브인
- 서부 유럽인
- 기타 백인

아메리칸 인디언

- 알래스카 원주민
- 아메리칸 인디언
- 알래스카 원주민
- 캐나다 이뉴잇족, 메티스, 또는 퍼스트 네이션
- 멕시코 원주민, 중앙 아메리카인, 또는 남아메리카인

흑인 또는 아프리카계 미국인

- 아프리카계 미국인
- 아프리카계 카리브해인
- 에티오피아인
- 소말리족
- 기타 아프리카인(흑인)
- 기타 흑인

중동/북아프리카인

- 중동인
- 북아프리카인

아시아인

- 아시아 인디언
- 캄보디아인
- 중국인
- 미얀마 커뮤니티
- 필리핀인
- 몽족인
- 일본인
- 한국인
- 라오스인
- 남아시아인
- 베트남인
- 기타 아시아인

기타 범주

- 기타, 기입 요망: _____
- 알 수 없음
- 답변하고 싶지 않음

| | |
|---|--|
| <p>3. 위에서 하나 이상의 범주에 체크하셨습니다. 귀하의 기본 인종 정체성으로 생각하는 하나가 있으십니까?</p> | <p><input type="checkbox"/> 그렇다 위의 기본 인종 또는 민족 정체성에 동그라미 표시. <input type="checkbox"/> 단 하나의 기본 인종 또는 민족 정체성을 가지고 있지 않다. <input type="checkbox"/> 아니다. 두 인종 또는 다인종으로 구분한다. <input type="checkbox"/> 해당사항 없음. 위의 범주에 하나만 체크함. <input type="checkbox"/> 알 수 없음 <input type="checkbox"/> 답변하고 싶지 않음</p> |
|---|--|

언어(통역사 무상 지원)

4a. 집에서 사용하시는 언어는 무엇입니까?

영어 또는 수화 이외의 언어를 표시하지 않은 경우 문항 7로 건너뛰십시오.

4b. 저희가 대면, 전화 또는 온라인으로 연락할 때 원하시는 언어는 무엇입니까?

4c. 저희가 서면 연락 시 원하시는 언어는 무엇입니까?

| | |
|---|--|
| <p>5a. 저희가 귀하와 의사소통할 때 통역사를 필요로 하거나 원하십니까?</p> | <p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음 <input type="checkbox"/> 답변하고 싶지 않음</p> |
|---|--|

| | |
|---|---|
| <p>5b. 통역사를 필요로 하거나 원하시는 경우 선호하는 통역사는 어느 유형입니까?</p> | <p><input type="checkbox"/> 구어 통역사 <input type="checkbox"/> 미국 수화(ASL) 통역사 <input type="checkbox"/> 시청각 및 기타 장애인을 위한 청각 장애 통역사 <input type="checkbox"/> 피진 수화(Contact sign language, PSE) 통역사 <input type="checkbox"/> 기타(기입 요망):</p> |
|---|---|

영어 또는 수화 이외의 언어를 사용하지 않는 경우 문항 7로 건너뛰십시오.

| | |
|------------------------------|---|
| <p>6. 귀하는 영어를 얼마나 잘하십니까?</p> | <p><input type="checkbox"/> 매우 잘함 <input type="checkbox"/> 잘함 <input type="checkbox"/> 잘 못함 <input type="checkbox"/> 전혀 못함 <input type="checkbox"/> 알 수 없음 <input type="checkbox"/> 답변하고 싶지 않음</p> |
|------------------------------|---|

장애/능력 수준

귀하의 답변은 정상인과 기능적 장애가 있는 분들 간의 건강 및 서비스 차이점을 찾는 데 도움이 됩니다. 답변은 기밀로 유지됩니다.

7. 귀하는 청각 장애인이거나 심각한 청력 장애를 갖고 계십니까? 예 아니요 알 수 없음 답변하고 싶지 않음
'예'일 경우, 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까?

8. 귀하는 시각 장애인이거나 안경을 착용해도 심각한 시력 장애가 있습니까? 예 아니요 알 수 없음 답변하고 싶지 않음
'예'일 경우, 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까?

귀하/해당자가 5세 미만이면 지금 중단하십시오.

9. 귀하는 보행 또는 계단을 올라갈 때 심각한 어려움이 있습니까? 예 아니요 알 수 없음 답변하고 싶지 않음
'예'일 경우, 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까?

10. 귀하는 신체적, 정신적 또는 정서적 문제 때문에 집중, 기억 또는 의사결정에 심각한 어려움이 있습니까? 예 아니요 알 수 없음 답변하고 싶지 않음
'예'일 경우, 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까?

11. 귀하는 옷을 입을 때 또는 목욕할 때 심각한 어려움이 있습니까? 예 아니요 알 수 없음 답변하고 싶지 않음
'예'일 경우, 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까?

12. 귀하 연령대의 대부분이 배울 수 있는 일을 하는 방법을 습득하는 데 심각한 어려움이 있습니까? 예 아니요 알 수 없음 답변하고 싶지 않음
'예'일 경우, 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까?

13. 보통(관습적) 언어를 사용하여 의사소통하는 데 심각한 어려움(예: 다른 사람이 나를 이해하거나 다른 사람을 이해하는 데)이 있습니까? 예 아니요 알 수 없음 답변하고 싶지 않음
'예'일 경우, 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까?

귀하/해당자가 15세 미만이면 지금 중단하십시오.

14. 신체적, 정신적 또는 정서적 문제 때문에 병원 방문, 쇼핑 등 혼자 불일을 수행하는 데 어려움이 있습니까? 예 아니요 알 수 없음 답변하고 싶지 않음
'예'일 경우, 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까?

15. 기분, 강렬한 감정, 행동 통제, 망상 또는 환각 경험과 관련하여 심각한 어려움이 있습니까? 예 아니요 알 수 없음 답변하고 싶지 않음
'예'일 경우, 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까?