

参与机构: \_\_\_\_\_ 医疗中心名称: \_\_\_\_\_

参与类型:  亲自 (需要签名)  远程 (在签署行注明“remote (远程)”) )

医疗记录编号: \_\_\_\_\_ 登记日期: \_\_\_\_\_

患者全名:		
出生日期: (月/日/年)	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 无家可归或无稳定住所? (如果是, 请勾选方框, 并仅 填写下方的邮政编码和县)
居住地址:	公寓号码:	
城市:	州:	邮编:
电话:	县:	

您是否拥有健康保险或 Medicaid? :	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 是, 但不足以涵盖我的需要 <input type="checkbox"/> 否
------------------------	--

您的家庭月总收入是多少? (此处指所有家庭成员的税前总收入): \$ \_\_\_\_\_ 每月

您家中有多少人? (包括您自己): \_\_\_\_\_ 人

西班牙裔或拉丁裔?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 / 不确定 <input type="checkbox"/> 不愿意回答
-----------	--

种族 (勾选一项或多项):	<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加土著 <input type="checkbox"/> 亚洲人 <input type="checkbox"/> 黑人或美籍非裔 <input type="checkbox"/> 夏威夷土著或太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 不知道 / 不确定 <input type="checkbox"/> 不愿意回答
---------------	---

您的首选阅读语言?	<input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 西班牙语 <input type="checkbox"/> 其他:
-----------	--

## 患者同意书

俄勒冈州 ScreenWise 计划 (ScreenWise) 是俄勒冈州卫生局的一项计划, 旨在通过提倡预防和早期检测来减少乳腺癌和宫颈癌。

### ScreenWise 可为以下项目付费:

- 乳腺癌或宫颈癌筛查和诊断
- 使用遗传咨询以及 BRCA 1 和 2 检测筛查遗传性癌症, 识别高风险患者
- 患者指导和支持

ScreenWise 不会支付乳腺癌或宫颈癌治疗费用。如果需要治疗, 患者可申请 Medicaid 乳腺癌和宫颈癌治疗计划 (BCCTP)。

### 签署本表格, 即表示我明白:

- 我可能在下文签署日期之前的三个月开始登记, 从而允许 ScreenWise 支付此期间内合资格的索赔。
- 我将在我仍然有资格的一年时间内继续参加 ScreenWise, 并且不要求退出该计划。
- 我的提供商将评估我是否有资格每年留在该计划。
- ScreenWise、我的医疗服务提供商、诊所及 / 或医院, 可彼此分享我通过 ScreenWise 收到的医疗保健和任何相关医疗护理信息; 并可以组织我的护理和参与适当的筛查及 / 或诊断服务、遗传咨询以及与乳腺癌和宫颈癌相关的检测。
- 我的信息不会被透露给俄勒冈州卫生局、其订约提供商和资助者以外的任何人; 任何已发布的报告将不会使用我的名字。
- 我可能会收到与 ScreenWise 服务有关的书面、电话或电子通讯。
- 我的提供商必须以书面形式告诉我有关 ScreenWise 未涵盖的任何服务。

### 签署此表, 即表明我确认:

我符合该计划的以下所有资格要求:

- ✓ 我住在或打算住在俄勒冈州
- ✓ 我的家庭收入等于或低于联邦贫困线的 250%
- ✓ 我没有保险或我的保险不能完全涵盖我的需要

患者签名:

日期:

客户姓名 (正楷书写):

您可获得本文件的其他语言版本、大字印刷版本、盲文版本或您偏好的其他格式的版本。请致电 971-673-0581, 联系 Screenwise。我们会接听所有转接电话, 或者您可拨打 711。

### 患者服务资格条件

患者是否需要乳腺癌或宫颈癌诊断服务？

21-49 岁\*

\*21-49 岁的患者没有参与资格，需要诊断服务则除外

50 岁或以上

### 乳腺癌评估\*选择不影响资格条件\*

阿什肯纳兹犹太裔？

是  否  不知道  拒绝回答

患者或其任何近亲是否曾被诊断患有乳腺癌、输卵管癌、男性乳腺癌、黑色素瘤、卵巢癌、胰腺癌、腹膜癌或前列腺癌？

是  否  不知道  拒绝回答

乳腺癌风险？

是  否  不知道

### 乳腺癌服务

CBE 日期： \_\_\_\_\_ (月/日/年)

检查正常 / 结果为良性

异常 / 疑似癌症

未进行检查

当前是否已开出乳房 X 光检查？

是 (筛查或诊断)

否

直接送往进行进一步诊断  
(例如超声波、活检等。)

### 宫颈癌评估\*选择不影响资格条件\*

最后一次巴氏涂片检查  
(在当前参与之前)？

是，请提供日期

(如果知道日期)： \_\_\_\_\_ (月/日/年)

否

未知

宫颈癌风险？

是  否  不知道

### 宫颈癌筛查服务

巴氏涂片检查日期： \_\_\_\_\_ (月/日/年)

常规筛查

近期异常巴氏涂片检查后的监测

未进行巴氏涂片检查，已开出阴道镜检查

未进行巴氏涂片检查，已开出其他诊断

未进行巴氏涂片检查，已提供其他筛检服务

未进行宫颈检查

已开出 HPV 检查？

是

否

下列问题为选答，且您的所有回答将被保密。我们希望了解您的种族、民族、语言及能力水平，以便我们能够确定健康和服务存在的差异并加以应对。如果您不想回答这些问题，请勾选“不愿意回答。”如果您在填写本表格时有任何问题，请向诊所员工寻求帮助。

### 民族及种族

1. 您认为自己属于何种民族或种族、部落从属关系、原籍国或血统？  
(例如您父母的血统、部落身份)

不愿意回答

2. 下列哪一项描述了您的种族或民族身份？请勾选**所有**适用项：

#### 西班牙裔及拉丁美洲裔

- 中美洲人
- 墨西哥人
- 南美洲人
- 其他西班牙裔或拉丁美洲裔

#### 夏威夷土著及太平洋岛民

- 查莫洛人 (查莫洛)
- 马绍尔岛民
- 密克罗尼西亚地区 社群
- 夏威夷土著
- 萨摩亚人
- 其他太平洋岛民

#### 白人

- 东欧人
- 斯拉夫人
- 西欧人
- 其他白人

#### 美洲印第安人或

#### 阿拉斯加土著

- 美洲印第安人
- 阿拉斯加土著
- 加拿大因纽特人、  
梅蒂人或印第安原住民
- 本土墨西哥人 中美洲人  
或南美洲人

#### 黑人及非裔美国人

- 非裔美国人
- 加勒比黑人
- 埃塞俄比亚人
- 索马里人
- 其他非洲人 (黑种人)
- 其他黑种人

#### 中东人 / 北非人

- 中东人
- 北非人

#### 亚洲人

- 亚裔印度人
- 柬埔寨人
- 华裔
- 缅甸社群
- 菲律宾裔
- 苗族裔
- 日本裔
- 韩裔
- 老挝人
- 南亚人
- 越南裔
- 其他亚裔

#### 其他类别

其他，请列明：  
\_\_\_\_\_

不知道

不愿意回答

<p>3. 如果您勾选多个上文所列类别，是否有一个您认为是您的主要种族身份的类别？</p>	<p><input type="checkbox"/> 是。请在上面圈选出您的主要种族或民族身份。</p> <p><input type="checkbox"/> 我有一个以上的主要种族或民族身份。</p> <p><input type="checkbox"/> 否。我确定我的身份为混血儿或多种族。</p> <p><input type="checkbox"/> 不适用。我仅勾选一个上面的类别。</p> <p><input type="checkbox"/> 不知道</p> <p><input type="checkbox"/> 不愿意回答</p>
---	---

**语言 (口译员免费提供)**

4a. 您在家使用哪些语言？

**若您并未说明除英语之外的语言或手语，请转到问题 7**

4b. 您希望我们以哪种语言与您亲自、通过电话或远程交谈？

4c. 您希望我们以哪种语言给您写信？

<p>5a. 您是否需要口译员来帮助我们与您沟通？</p>	<p><input type="checkbox"/> 是    <input type="checkbox"/> 否    <input type="checkbox"/> 不知道    <input type="checkbox"/> 不愿意回答</p>
-------------------------------	---

<p>5b. 如您需要口译员，请说明希望提供哪一类口译员？</p>	<p><input type="checkbox"/> 手语译员</p> <p><input type="checkbox"/> 美国手语 (ASL) 译员</p> <p><input type="checkbox"/> 聋盲人和有其他障碍人员的聋人传译员</p> <p><input type="checkbox"/> 接触式手语 (PSE) 译员</p> <p><input type="checkbox"/> 其他 (请列明) :</p>
-----------------------------------	--

**若您不说除英语之外的语言或不使用手语，请转到问题 7**

<p>6. 您说英语的流利程度？</p>	<p><input type="checkbox"/> 非常好</p> <p><input type="checkbox"/> 好</p> <p><input type="checkbox"/> 不太好</p> <p><input type="checkbox"/> 完全不会</p> <p><input type="checkbox"/> 不知道</p> <p><input type="checkbox"/> 不愿意回答</p>
----------------------	--

## 残疾 / 能力水平

您的回答将帮助我们发现有功能障碍人士和无功能障碍人士在健康和服务上的差异。您的回答将被保密。

7. 您是否**耳聋或有严重的听力障碍**?  是  否  不知道  不愿意回答  
如果是, 那么这种情况是从您多大年龄时开始的?

8. 您是否**失明或有严重的视力障碍** (即使戴眼镜也看不清)?  是  否  不知道  不愿意回答  
如果是, 那么这种情况是从您多大年龄时开始的?

**如果您 / 该人士未满 5 岁, 请在此停止回答**

9. 您在走路或爬楼梯时是否**遇到严重困难**?  是  否  不知道  不愿意回答  
如果是, 那么这种情况是从您多大年龄时开始的?

10. 您是否因为身体机能、精神状态或情绪状况而难以**集中注意力、记住事情或作出决定**?  是  否  不知道  不愿意回答  
如是, 那么这种情况是从您多大年龄时开始的?

11. 您**穿衣或沐浴**是否有**严重困难**?  是  否  不知道  不愿意回答  
如果是, 那么这种情况是从您多大年龄时开始的?

12. 在学习多数同龄人能学习做的事情时, 您是否有**严重困难**?  是  否  不知道  不愿意回答  
如果是, 那么这种情况是从您多大年龄时开始的?

13. 在使用您的常用 (惯用) 语言时, 您是否有**严重的交流障碍** (例如理解他人或被他人理解)?  是  否  不知道  不愿意回答  
如果是, 那么这种情况是从您多大年龄时开始的?

**如果您 / 相关人士未满 15 岁, 请在此停止回答**

14. 您是否因为身体机能、精神状态或情绪状况而感到难以**独立完成一些事情** (例如前往医生办公室就诊或购物)?  是  否  不知道  不愿意回答  
如果是, 那么这种情况是从您多大年龄时开始的?

15. 您是否有下列**严重困难**: 情绪、强烈情感、行为控制或有**错觉或幻觉**?  是  否  不知道  不愿意回答  
如果是, 那么这种情况是从您多大年龄时开始的?