승인#:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ BCCHP#:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Breast, Cervical and Colon Health Program Consent

Breast, Cervical and Colon Health Program 동의서

|  |
| --- |
| **프로그램 설명** |

**Breast, Cervical and Colon Health Program(BCCHP, 유방암, 자궁경부암, 대장암 건강 프로그램)**은 의료 제공자, 워싱턴주 Department of Health(DOH, 보건부)와 Centers for Disease Control and Prevention(CDC, 질병 통제 예방센터)의 공동 노력으로 유방암 및 자궁경부암 검진을 지원합니다. 검진 목적은 암을 조기 발견하여 예방 또는 치료할 수 있도록 하는 것입니다. 유방암 검진에는 유방 검사 및 유방조영상인 유방 X선 촬영이 포함됩니다. 자궁경부암 검진에는 골반 검사와 자궁경관(자궁 입구) 세포 샘플을 채취하는 자궁 경부 세포진 검사 및 인유두종 바이러스 검사가 포함됩니다.

|  |
| --- |
| 정보 공개 동의 |

본인은 모든 의료 제공자, 진료소, 병원, 건강 보험 플랜 및 BCCHP 프로그램에 본인이 BCCHP를 통해 받는 본인의 의료 서비스, 자궁 경부암 검사, 유방 검사, 유방조영상 및 관련 의료 진료에 관한 정보를 서로 공개하는 데 동의합니다. 본인은 이 동의서는 본인이 이 양식에 서명한 날짜로부터 12개월 후에 만료됨을 이해합니다. 본인은 서비스를 지속하려면 12개월 이후 재가입해야 합니다.

**BCCHP에 공개된 모든 정보는 기밀로 유지됩니다.** 이 정보는 본인, 본인의 BCCHP 서비스 관련 직원, Health Care Authority(보건 당국)(해당되는 경우, Breast and Cervical Cancer Treatment Program(BCCTP, 유방암 및 자궁 경부암 치료 프로그램)) 및 Department of Health(BCCHP의 자금원) 에서 이용하게 됩니다. 이 정보는 위에서 설명한 BCCHP 목적을 이행하는 데 사용됩니다. BCCHP로 인해 발행된 보고서는 고객을 이름으로 식별하지 않습니다.

본인은 본 프로그램 참여가 자발적인 의사이며, BCCHP를 탈퇴하고 언제든지 정보 공개에 대한 본인의 동의를 철회할 수 있음을 이해합니다. 본인은 유방암 및/또는 자궁 경부암이 있는 것으로 밝혀지면 Apple Health BCCTP를 통해 치료받을 수 있는 자격에 해당될 수 있음을 이해합니다. 이후 BCCHP 직원은 가입 시 본인을 지원해 줄 것입니다. 본인은 본인이 받는 Case Management(케이스 관리) 서비스의 일환으로 치료에 동의하고 필요에 따라 다른 정보를 제공해야 할 수도 있음을 이해합니다.

**본인은 본인의 자격 여부 결정에 사용되는 정보를 위조할 경우 기소 책임이 있음을 이해합니다.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 여기에 이름 서명 | 날짜 |  | 증인: 보건 시설 | 날짜 |
| 여기에 이름 정자체 기입 |  |  | 통역사(참여한 경우) | 날짜 |