Số giấy phép:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Số dịch vụ điều hướng:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chấp thuận Dịch vụ Điều hướng của Chương trình Sức khỏe Vú và Cổ tử cung

|  |
| --- |
| **MÔ TẢ CHƯƠNG TRÌNH** |

**Breast and Cervical Health Program (BCCHP, Chương trình Sức khỏe Vú và Cổ tử cung)** là một nỗ lực chung giữa các nhà cung cấp dịch vụ y tế, Washington State Department of Health (DOH, Sở Y tế Tiểu bang Washington), và Centers for Disease Control and Prevention (CDC, Trung tâm Phòng ngừa và Kiểm soát Dịch bệnh) để hỗ trợ tầm soát ung thư vú và cổ tử cung. Mục đích của việc tầm soát là phát hiện ung thư ở giai đoạn sớm nhất để có thể ngăn ngừa hay điều trị dễ dàng hơn. BCCHP nhận ra rằng có những rào cản đối với việc khám tầm soát ung thư vượt quá phạm vi bảo hiểm. Chương trình BCCHP có thể giúp một số người làm xét nghiệm sàng lọc ung thư vú và/hoặc ung thư cổ tử cung bằng cách giải quyết các rào cản có thể có đối với việc tầm soát ung thư, bất kể tình trạng bảo hiểm như thế nào.

|  |
| --- |
| CHẤP THUẬN TIẾT LỘ THÔNG TIN |

Tôi đồng ý cho bất kỳ và tất cả các nhà cung cấp dịch vụ y tế và xã hội của tôi, phòng khám, bệnh viện, chương trình bảo hiểm y tế và BCCHP cung cấp cho nhau thông tin về dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các rào cản trong việc nhận được dịch vụ chăm sóc của tôi khi thông tin đó liên quan đến việc giải quyết những rào cản này và hoàn tất việc tầm soát ung thư. Tôi hiểu rằng biểu mẫu chấp thuận này sẽ hết hiệu lực sau 12 tháng kể từ ngày tôi ký vào biểu mẫu này. Tôi phải chấp thuận lại sau 12 tháng để tiếp tục nhận được các dịch vụ điều hướng của chương trình này.

**Tôi hiểu rằng mọi thông tin tiết lộ cho BCCHP sẽ được giữ bí mật trong phạm vi tối đa được pháp luật cho phép.** Thông tin sẽ được cung cấp cho tôi, cho các nhân viên liên quan đến các dịch vụ BCCHP của tôi, Health Care Authority (Cơ quan Cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe) (phục vụ cho Breast and Cervical Cancer Treatment Program (BCCTP, Chương trình Điều trị Ung thư Vú và Cổ tử cung) nếu có), và cho Department of Health (nguồn tài trợ của BCCHP). Thông tin sẽ được sử dụng để đáp ứng các mục đích của BCCHP như được mô tả ở trên. Các báo cáo do BCCHP phát hành sẽ không xác định được tên của bất kỳ khách hàng nào.

Tôi hiểu rằng việc nhận các dịch vụ điều hướng của chương trình là tự nguyện và tôi có thể dừng nhận các dịch vụ cũng như rút lại sự chấp thuận tiết lộ thông tin của mình vào bất cứ lúc nào.

**Nếu tôi làm sai lệch bất kỳ thông tin nào được sử dụng để xác định tính đủ điều kiện của mình, tôi hiểu rằng tôi sẽ phải chịu trách nhiệm về các khoản phí.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ký Tên của Quý vị Tại đây | Ngày |  | Người làm chứng: Cơ sở Y tế | Ngày |
| Tên in hoa của Quý vị Tại đây |  |  | Thông dịch viên (nếu sử dụng) | Ngày |