

MẪU CHẤP THUẬN SAU KHI THÔNG HIỂU/ĐỒNG Ý TIẾT LỘ THÔNG TIN MS-BCCEDP

Tên: _____ Ngày sinh: ____/____/____ Số An sinh Xã hội ____/____/____
(Vui lòng Viết in hoa) Họ Tên Tên đệm mm/dd/yyyy

MÔ TẢ CHƯƠNG TRÌNH

Chương trình Phát hiện Sớm Bệnh Ung thư Vú và Cổ tử cung Mississippi, MSBCCEDP, là một nỗ lực hợp tác giữa các cơ sở và nhà cung cấp, Sở Y tế Tiểu bang Mississippi và Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh Hoa Kỳ nhằm khuyến khích tầm soát ung thư vú và cổ tử cung. Mục đích của việc tầm soát là để phát hiện ung thư ở giai đoạn sớm nhất để có thể điều trị. Việc tầm soát ung thư vú bao gồm khám vú và chụp X-quang vú gọi là thủ thuật quang tuyến vú. Việc tầm soát ung thư cổ tử cung bao gồm khám đáy chậu và việc lấy mẫu xét nghiệm từ cổ tử cung (phần đầu của tử cung) gọi là xét nghiệm phết tế bào tử cung (Pap smear).

- Quý vị sẽ có thể được khám tại văn phòng, xét nghiệm phết tế bào tử cung (Pap smear) và/hoặc quang tuyến vú MIỄN PHÍ, nếu quý vị đáp ứng các yêu cầu về thu nhập đủ điều kiện của chương trình và không có bảo hiểm hoặc các dịch vụ này không được bảo hiểm của quý vị chi trả.
- Nếu kết quả xét nghiệm sàng lọc của quý vị là bất thường, cơ sở/nhà cung cấp sẽ làm việc với chương trình để giúp quý vị thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán và điều trị thêm. Chương trình có thể thanh toán cho các dịch vụ chẩn đoán hạn chế nhưng không thể thanh toán cho việc điều trị. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị có thể cho quý vị biết các dịch vụ cụ thể nào có thể được thanh toán và dịch vụ nào không được chương trình đài thọ. Trong trường hợp sinh thiết vú được thực hiện và cần phải phẫu thuật thêm cho mục đích điều trị, MSBCCEDP không thể chi trả cho phần điều trị của phẫu thuật, tuy nhiên, chúng tôi sẽ giới thiệu quý vị đến Bộ phận Medicaid của Mississippi để được hỗ trợ thêm về tài chính.
- Để đảm bảo rằng các dịch vụ chẩn đoán và điều trị đủ tiêu chuẩn có sẵn sau khi phát hiện kết quả tầm soát bất thường, chương trình MSBCCEDP và/hoặc nhà cung cấp dịch vụ có thể cần thực hiện đánh giá nhu cầu bổ sung với bệnh nhân dưới dạng thủ tục quản lý trường hợp.
- Cơ sở/nhà cung cấp dịch vụ sẽ làm việc với quý vị để cho quý vị biết khi nào quý vị cần làm xét nghiệm phết tế bào tử cung (Pap smear) và/hoặc quang tuyến vú tiếp theo.

ĐỒNG Ý TIẾT LỘ THÔNG TIN

Tôi đã đọc phần trên và hiểu phần giải thích về Chương trình Phát hiện Sớm Bệnh Ung thư Vú và Cổ tử cung Mississippi và tôi đồng ý nhận các dịch vụ y tế như đã chỉ định. Bằng việc đồng ý tham gia vào chương trình này, tôi cho phép bất kỳ và tất cả các nhà cung cấp dịch vụ, cơ sở, cơ sở chụp quang tuyến vú và/hoặc bệnh viện của tôi cung cấp tất cả thông tin liên quan đến xét nghiệm phết tế bào tử cung, khám vú và quang tuyến vú và bất kỳ thủ thuật khám chẩn đoán có liên quan nào của tôi cho MSBCCEDP, có thể bao gồm việc giới thiệu đến nhân viên y tế do Sở Y tế Bang Mississippi tuyển dụng.

Mọi thông tin được tiết lộ cho chương trình sẽ được bảo mật có nghĩa là thông tin sẽ chỉ có sẵn cho tôi và các nhân viên của Sở Y tế Tiểu bang Mississippi làm việc với chương trình này. Thông tin sẽ chỉ được sử dụng để đáp ứng các mục đích của chương trình được mô tả ở trên và bất kỳ báo cáo được công bố nào là kết quả của chương trình này sẽ không xác định danh tính của tôi.

Tôi hiểu rằng việc tôi tham gia vào chương trình này là tự nguyện và tôi có thể rời chương trình và rút lại sự đồng ý tiết lộ thông tin của mình bất cứ lúc nào. Tôi hiểu rằng khả năng khám sàng lọc, thanh toán, ghi danh hoặc xác định khả năng hội đủ điều kiện để nhận được dịch vụ chăm sóc của tôi sẽ không phụ thuộc vào việc tôi có ký vào giấy cho phép này hay không, trừ khi thông tin là cần thiết để xác định việc ghi danh hoặc hội đủ điều kiện của tôi.

Thông báo về Quyền Riêng tư:

Tôi đã nhận được thông báo về các quyền riêng tư của mình và tôi đã được Sở Y tế Tiểu bang Mississippi hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị cung cấp hoặc cung cấp một bản sao của "Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư".

(Chữ ký*): _____ Ngày: _____
mm/dd/yyyy

Chữ ký của người đồng ý: Bản thân Bản Đồng ý/Ủy quyền của Đại diện được Ủy quyền Hợp pháp sẽ hết hạn Hai (2) năm kể từ ngày chẩn đoán

*Nếu không được ký bởi phụ huynh, vui lòng cho biết mối quan hệ của quý vị đối với Bệnh nhân và gửi kèm bất kỳ tài liệu nào cần thiết cho việc xác nhận thẩm quyền của quý vị để hành động thay mặt cho Bệnh nhân: _____

Tên: _____
(Vui lòng Viết in hoa) Họ Tên Tên đệm

Tên Nhà cung cấp hoặc Tên MD: _____

LƯU Ý: CƠ SỞ/NHÀ CUNG CẤP CÓ THỂ ĐỀ XUẤT HOẶC CUNG CẤP CÁC DỊCH VỤ KHÔNG THUỘC MS-BCCEDP. NẾU QUÝ VỊ QUYẾT ĐỊNH SỬ DỤNG CÁC DỊCH VỤ NÀY, MS-BCCEDP SẼ KHÔNG HOÀN LẠI TIỀN

