

Chấp Thuận Sàng Lọc Sức Khỏe

Mô Tả Chương Trình

Chương Trình **Well-Integrated Screening and Evaluation for WOMen Across the Nation** (WISEWOMAN, Sàng Lọc và Đánh Giá Tích Hợp Đầy Đủ Cho Phụ Nữ Trên Toàn Quốc) là một nỗ lực hợp tác giữa các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, Bureau of Chronic Disease Prevention and Healthcare Access (“Well-Ahead Louisiana,” Cục Phòng Chống Bệnh Mãn Tính và Tiếp Cận Chăm Sóc Sức Khỏe) thuộc Louisiana Department of Health (Sở Y Tế Tiểu Bang Louisiana) và Centers for Disease Control and Prevention (CDC, Trung Tâm Kiểm Soát và Phòng Ngừa Bệnh Tật) để giúp phụ nữ hiểu và giảm thiểu nguy cơ bị bệnh tim.

WISEWOMAN khuyến khích lối sống lành mạnh lâu dài và phổ biến kiến thức về huyết áp, cholesterol, tiểu đường, chỉ số khối cơ thể (BMI) và hút thuốc. Sàng lọc WISEWOMAN bao gồm kiểm tra huyết áp và xét nghiệm đường huyết và cholesterol. Chương trình WISEWOMAN phục vụ phụ nữ có thu nhập thấp, không có bảo hiểm hoặc bảo hiểm thấp ở độ tuổi 40 đến 64.

Chấp Thuận Tiết Lộ Thông Tin

Tôi đồng ý cho nhà cung cấp dịch vụ y tế, phòng khám, bệnh viện, chương trình bảo hiểm y tế của tôi, và chương trình WISEWOMAN, cung cấp cho nhau thông tin liên quan đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe, sàng lọc yếu tố nguy cơ bị bệnh tim và đột quỵ và các dịch vụ giảm nguy cơ của tôi, nếu tôi chọn nhận dịch vụ hay chăm sóc y tế có liên quan thông qua WISEWOMAN. Tôi hiểu rằng chấp thuận này sẽ hết hạn 12 tháng sau ngày tôi ký biểu mẫu này. Tôi cũng hiểu rằng tôi phải tái ghi danh mỗi năm để tiếp tục các dịch vụ.

Tôi sẽ tuân thủ các yêu cầu của chương trình WISEWOMAN bằng cách cung cấp các tài liệu khác theo yêu cầu của nhân viên chương trình và sẽ hoàn thành các buổi hẹn tái khám như được nêu trong cuộc hẹn khám y tế WISEWOMAN lần đầu của tôi.

Mọi thông tin được tiết lộ cho chương trình WISEWOMAN sẽ được bảo mật trừ khi được nêu khác đi trong biểu mẫu chấp thuận này. Thông tin đó sẽ sẵn có cho tôi, cho nhân viên liên quan đến WISEWOMAN, và cho Well-Ahead Louisiana (nguồn tài trợ của WISEWOMAN). Thông tin đó sẽ được sử dụng để đáp ứng các mục đích của chương trình như được mô tả ở trên. Các báo cáo và số liệu được công bố gửi cho các nhà tài trợ liên bang phát sinh từ chương trình sẽ không xác định danh tính của bất kỳ khách hàng nào.

Tôi hiểu rằng việc tham gia vào các chương trình này là tự nguyện và tôi có thể rút khỏi WISEWOMAN và rút lại chấp thuận tiết lộ thông tin vào bất kỳ lúc nào. Nếu tôi được khám sàng lọc và được chẩn đoán là mắc bệnh tim, nhân viên WISEWOMAN sẽ giúp tôi tìm các nguồn điều trị bất kể khả năng thanh toán của tôi. Tôi hiểu rằng tôi sẽ phải đưa ra chấp thuận nhận điều trị và cung cấp các thông tin khác nếu cần.

Bảo Mật: Office of Public Health (Văn Phòng Y Tế Công Cộng) của Louisiana Department of Health – Bureau of Chronic Disease Prevention and Healthcare Access tuân thủ tất cả các luật hiện hành về bảo mật các dịch vụ y tế nói chung và cụ thể liên quan đến các dịch vụ phòng ngừa. Tất cả các bản ghi y tế và sức khỏe đều được giữ bảo mật và được duy trì theo hướng dẫn của Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế).

NPI Nhà Cung Cấp: _____ Ngày Khám Tại Văn Phòng: _____



BẰNG VIỆC KÝ BIỂU MẪU CHẤP THUẬN NÀY, TÔI ĐỒNG Ý CHO PHÉP CÁC DỊCH VỤ SAU ĐÂY ĐƯỢC THỰC HIỆN BỞI MỘT BÁC SĨ CÓ GIẤY PHÉP, Y TÁ HÀNH NGHỀ CÓ GIẤY PHÉP, HAY Y TÁ CHUẨN ĐỊNH:

- khám sàng lọc đường huyết • khám sàng lọc huyết áp • khám sàng lọc lipid máu (HDL, LDL & tổng cholesterol) •

Nếu tôi giả mạo bất kỳ thông tin nào được sử dụng để xác định điều kiện hội đủ của tôi, tôi hiểu rằng tôi sẽ phải chịu trách nhiệm trước pháp luật.

Tôi hiểu các thông tin trên biểu mẫu này. Tôi cho phép nhân viên phòng khám WISEWOMAN thực hiện các thủ thuật sàng lọc y tế cơ bản như được nêu ở trên. Tôi cũng hiểu rằng thông tin cá nhân của tôi sẽ được bảo mật và sẽ không bị chia sẻ với bất kỳ ai không trực tiếp tham gia vào chương trình Well-Ahead WISEWOMAN.

_____ Chữ Ký của Người Tham Gia	_____ Ngày	_____ Tên Viết In Hoa của Người Tham Gia	_____ Ngày
_____ Chữ Ký của Nhân Viên tại Địa Điểm Sàng Lọc WISEWOMAN	_____ Ngày	_____ Chữ Ký của Thông Dịch Viên (nếu có)	_____ Ngày

This consent may be withdrawn or modified at any time with a written request addressed to the entity referred to above.
A duplicate copy of this document will be given to participants upon request.