Số NPI của cơ quan cung cấp dịch vụ: _____ Ngày chính thức đến văn phòng: _____

Ưng Thuận Kiểm Tra Sức Khỏe

Mô tả chương trình

Well-Integrated **S**creening and **E**valuation for WOMen Across the **N**ation program (tạm dịch Chương trình Hợp nhất Kiểm tra và Đánh giá Sức khỏe Phụ nữ Toàn Quốc, viết tắt WISEWOMAN (Phụ Nữ Thông Minh)) là một nỗ lực chung của các chuyên viên chăm sóc sức khỏe, của Louisiana Department of Health's Bureau of Chronic Disease Prevention and Healthcare Access (Văn phòng đặc trách Ngăn Ngừa Bệnh Kinh Niên và Tiếp Cận Việc Chăm Sóc Sức Khỏe của Bộ Y Tế tiểu bang Louisiana "gọi tắt Well-Ahead Louisiana") và Centers for Disease Control and Prevention (Trung Tâm Kiểm Soát và Ngăn Ngừa Bệnh Tật, viết tắt CDC) để giúp phụ nữ hiểu và giảm nguy cơ mắc bệnh tim của họ.

WISEWOMAN quảng bá lối sống lành mạnh lâu dài tốt cho sức khỏe tim mạch và giáo dục về huyết áp, cholesterol, bệnh tiểu đường, chỉ số sức nặng cơ thể (BMI) và hút thuốc lá. Kiểm tra cho WISEWOMAN bao gồm kiểm tra huyết áp và xét nghiệm đường huyết và mỡ trong máu. Chương trình WISEWOMAN phục vụ phụ nữ lợi tức thấp, không có bảo hiểm y tế và bảo hiểm không đầy đủ, tuổi từ 40 đến 64.

Ưng Thuận Tiết Lộ Thông Tin

Tôi ưng thuận cho phép các chuyên viên y khoa, cơ sở y tế, bệnh viện, các chương trình bảo hiểm sức khỏe, và chương trình WISEWOMAN, được quyền cung cấp cho nhau thông tin về việc chăm sóc sức khỏe, bệnh tim mạch và việc sàng lọc yếu tố rủi ro và các dịch vụ giảm thiểu rủi ro đột quỵ của tôi, nếu tôi chọn nhận dịch vụ hay bất cứ sự chăm sóc y khoa nào có liên quan thông qua chương trình WISEWOMAN. Tôi hiểu tôi phải tái ghi danh hàng năm để được tiếp tục phục vụ.

Tôi sẽ tuân theo các yêu cầu của chương trình WISEWOMAN bằng cách cung cấp giấy tờ cho việc theo dõi tiếp theo như được yêu cầu bởi nhân viên của chương trình và sẽ hoàn tất các cuộc hẹn theo dõi tiếp theo như được vạch ra trong cuộc hẹn y khoa WISEWOMAN đầu tiên của tôi.

Bất cứ thông tin nào được tiết lộ cho chương trình WISEWOMAN sẽ được giữ bí mật ngoại trừ như theo được ghi trong mẫu ưng thuận này. Thông tin sẽ có sẵn cho tôi, cho nhân viên có liên quan trong chương trình WISEWOMAN, và cho Well-Ahead Louisiana (cơ quan tài trợ cho WISEWOMAN). Thông tin sẽ được sử dụng để đáp ứng các mục đích của chương trình như được mô tả bên trên. Các báo cáo và dữ liệu công bố có từ các chương trình sẽ được gửi cho các cơ quan tài trợ của liên bang và không nhận dạng bất cứ khách hàng nào bằng tên họ.

Tôi hiểu việc tham gia trong các chương trình này là tự nguyện và tôi có thể rút ra khỏi WISEWOMAN và rút lại sự ưng thuận tiết lộ thông tin bất cứ lúc nào. Nếu tôi được kiểm tra và biết có bệnh tim mạch, nhân viên của WISEWOMAN sẽ giúp tôi tìm các nguồn trợ giúp điều trị cho dù tôi có khả năng trả tiền hay không. Tôi hiểu tôi sẽ được yêu cầu cho sự ưng thuận để điều trị và cung cấp các thông tin khác theo yêu cầu.

Bảo mật: Bộ Y Tế Louisiana, Văn phòng Y Tế Công Cộng, Văn phòng Ngăn Ngừa Bệnh Kinh Niên và Tiếp cận Việc Chăm Sóc Sức Khỏe triệt để tôn trọng luật lệ hiện hành liên quan đến việc bảo mật các dịch vụ y tế nói chung và cụ thể khi chúng có liên quan đến các dịch vụ ngăn ngừa. Tất cả các hồ sơ y khoa và sức khỏe tâm thần đều được bảo mật và được giữ gìn theo chỉ thị của Luật về Sự Khả Chuyển và Ý Thức Trách Nhiệm trong Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Portability and Accountability Act, viết tắt HIPAA).

Khi cung cấp số điện thoại di động của tôi cho Well-Ahead Louisiana (Sở Y Tế Công Cộng Louisiana, WISEWOMAN, nhân viên kiểm tra sức khỏe tại cơ sở của WISEWOMAN, nhân viên), "Well-Ahead", tôi đồng ý và xác nhận rằng Well-Ahead và/hay (các) cơ quan được hợp đồng để cung cấp dịch vụ cho chương trình có thể gửi các tin nhắn vào số điện thoại di động của tôi cho bất cứ mục đích nào, bao gồm các cuộc nhắc hẹn, gửi các mẹo vặt sức khỏe và thông tin cụ thể cho (các) tình trạng sức khỏe của tôi. Tôi xác nhận rằng sự ưng thuận này có thể được rút lại theo sự yêu cầu của tôi nhưng cho đến khi mà sự ưng thuận đó được hủy bỏ, tôi có thể vẫn nhận các tin nhắn từ Well-Ahead gửi vào số điện thoại di động của tôi. Tôi hiểu rằng có thể phải trả tiền cho các tin nhắn và việc nhận dữ liệu.

Tôi hiểu các rủi ro liên hệ đến việc liên lạc bằng email giữa tôi và Well-Ahead và với bất cứ (các) cơ quan nào được hợp đồng để cung cấp dịch vụ. Tôi đã được giải đáp bất cứ thắc mắc nào tôi có thể có. Nếu tôi cung cấp địa chỉ email của tôi dưới đây, tôi hiểu các rủi ro, và cho sự ưng thuận của mình cho cơ sở kiểm tra sức khỏe WISEWOMAN, Sở Y Tế Công Cộng Louisiana hay (các) cơ quan được hợp đồng để cung cấp dịch vụ nhằm liên lạc với tôi bằng email liên quan đến thông tin sức khỏe được bảo mật của tôi.

KHI KÝ MẪU ƯNG THUẬN NÀY, TÔI ĐỒNG Ý CHO PHÉP CÁC DỊCH VỤ SAU ĐÂY ĐƯỢC TIẾN HÀNH BỞI BÁC SĨ Y KHOA CÓ BẰNG HÀNH NGHỀ, Y TÁ ĐIỀU TRI , Y TÁ, HAY CHUYÊN VIÊN CHỈ DẪN CỦA CHW/CỦA CƠ SỞ:

• kiểm tra đường huyết • kiểm tra huyết áp • kiểm tra các mức mỡ trong máu (HDL, LDL & toàn bộ cholesterol) •

Nếu tôi cung cấp sai lac thông tin dùng để xác đinh viêc hôi đủ điều kiên của tôi, tôi hiểu tôi sẽ phải chiu trách nhiêm phải trả tiền các chi phí.

Tôi hiểu thông tin trong mẫu này. Tôi cho phép nhân viên cơ sở WISEWOMAN thực hiện các cuộc kiểm tra y khoa căn bản như được nêu trên. Tôi cũng hiểu rằng thông tin cá nhân của tôi sẽ được giữ bí mật và sẽ không được chia sẻ với bất cứ ai không có liên quan trực tiếp với chương trình Well-Ahead WISEWOMAN.

Người tham dự ký tên Ngày	Ghi tên của người tham dự Ngày
Chữ ký của nhân viên WISEWOMAN tại cơ sở kiểm tra Ngày	Chữ ký của thông dịch viên (nếu có sử dụng thông dịch viên) Ngày

Sự ưng thuận này có thể rút lại hay được điều chỉnh bất cứ lúc nào bằng văn bản gửi cho các cơ quan được đề cập bên trên.
Một bản sao của tài liệu này sẽ được trao cho những người tham dự khi có yêu cầu.