승인#:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 연계 서비스 #:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

유방 및 자궁경부 의료 정보 연계 서비스 동의

|  |
| --- |
| **프로그램 설명** |

**Breast and Cervical Health Program(BCCHP, 유방 및 자궁경부 의료 프로그램)**은 유방암 및 자궁경부암 검진 지원을 위해 보건 담당 기관인 Washington State Department of Health(DOH, 워싱턴주 보건부)와 Centers for Disease Control and Prevention(CDC, 질병통제예방센터)의 협력으로 진행됩니다. 검진 목적은 암을 조기에 발견하여 예방하거나 더욱 쉽게 치료할 수 있도록 하는 것입니다. BCCHP는 암 검진 시, 보험의 보장 범위에 한계가 있다는 점을 잘 알고 있습니다. BCCHP 프로그램은 보험 상태와 관계없이 암 검진 시 발생할 수 있는 보장 범위의 문제를 해결함으로써 개인이 유방암 및/또는 자궁경부암 검진을 받도록 도와줄 수 있습니다.

|  |
| --- |
| 정보 공개 동의 |

본인은 보장 범위의 문제 해결 및 암 검진 완료와 관련하여, 모든 의료 및 사회복지 서비스 제공자, 진료소, 병원, 의료 보험 및 BCCHP가 본인의 의료 서비스 및 보장 범위에 대한 정보를 서로 제공하는 것에 동의합니다. 본인은 이러한 동의는 서명한 날로부터 12개월 후 만료된다는 것을 이해합니다. 연계 서비스를 계속 받으려면 12개월 후 반드시 재동의해야 합니다.

**본인은 BCCHP에 공개된 모든 정보가 법이 허용하는 최대 수준까지 기밀로 유지될 것을 이해합니다.** 본 정보는 본인과 BCCHP 서비스 직원, Health Care Authority(의료 서비스 당국)(Breast and Cervical Cancer Treatment Program(BCCTP, 유방암 및 자궁경부암 치료 프로그램)의 경우) 및 Department of Health(BCCHP 자금 지원처)에서 이용할 수 있습니다. 본 정보는 위에 설명된 BCCHP의 목적에 맞게 사용될 것입니다. BCCHP 결과에 대한 발간 보고서에서는 이름으로 고객을 확인할 수 없을 것입니다.

본인은 연계 서비스 이용이 자발적인 것이며, 언제든지 서비스를 중단하고 정보 공개 동의를 철회할 수 있음을 이해합니다.

**자격 결정에 사용된 정보를 조작한 경우, 비용에 대한 책임이 본인에게 있음을 이해합니다.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 서명란 | 날짜 |  | 입회인: 보건 시설 | 날짜 |
| 정자체 이름 기재 |  |  | 통역자(이용한 경우) | 날짜 |