授權號：     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ BCCHP 號：     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Breast, Cervical and Colon Health Program 同意書

|  |
| --- |
| **計劃說明** |

**Breast, Cervical and Colon Health Program（BCCHP，乳腺、宮頸和結腸健康計劃）**是健康提供者、Washington State Department of Health（DOH，華盛頓州衛生署）和 Centers for Disease Control and Prevention（CDC，疾病控制與預防中心）共同努力的成果，以支援對乳腺癌和宮頸癌篩查。篩查的目的是儘早發現癌症，以預防或治療癌症。對乳腺癌的篩查包括乳腺檢查和乳腺 X 射線檢查（被稱為乳腺 X 線照片）。對宮頸癌的篩查包括盆腔檢查，以及從子宮頸（子宮開口）抽取細胞樣本（被稱為子宮頸抹片檢查和人類乳突病毒檢測）。

|  |
| --- |
| 同意發布資訊 |

我同意我的所有醫療服務提供者、診所、醫院、健康保險計劃和 BCCHP 計劃互相提供有關我的醫療保健、宮頸檢測、乳腺檢查、乳腺 X 線照片以及我透過 BCCHP 接受的任何相關醫療護理的資訊。我了解，此同意會在我簽署此表格之日起 12 個月後到期。12 個月後，我必須重新註冊才能繼續獲取服務。

**發布給 BCCHP 計劃的任何資訊都將保密。**該資訊將可供我、BCCHP 服務中涉及的員工、Health Care Authority（醫療保健機構）（如適用，則針對 Breast and Cervical Cancer Treatment Program（BCCTP，乳腺癌和宮頸癌治療計劃））和 Department of Health（BCCHP 的資金來源）所使用。該資訊將用於實現上述 BCCHP 計劃的目的。因 BCCHP 計劃而出現的已發佈報告將不會按姓名來識別任何客戶的身分。

我了解，參與這些計劃是自願的，並且我可以隨時退出 BCCHP 並撤回對發布資訊的同意。我了解，如果我被發現患有乳腺癌和/或宮頸癌，則我可能會有資格透過 Apple Health BCCTP 來接受治療。BCCHP 工作人員將會協助我進行註冊。作為我所接受的病例管理服務的一部分，我瞭解，我可能會被要求同意接受治療，並根據需要提供其他資訊。

**如果我偽造用於確定我資格的任何資訊，我了解，我將對該指控負有責任。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 請在此處簽署您的姓名 | 日期 |  | 證人：醫療機構 | 日期 |
| 請在此處用印刷體書寫您的姓名 |  |  | 口譯員（如果已使用） | 日期 |