رقم التفويض:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ رقم الخدمة:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

موافقة على تلقِّي الخدمات الصحية المتخصصة للثدي وعنق الرحم

|  |
| --- |
| **وصف البرنامج** |

يُعد برنامج **Breast and Cervical Health Program (BCCHP، برنامج صحة الثدي وعنق الرحم)** عملاً وجهدًا مشتركًا بين مقدمي خدمات الرعاية الصحية و Washington State Department of Health (DOH، إدارة الصحة في ولاية واشنطن) ، و Centers for Disease Control and Prevention (CDC، مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها) لدعم خدمات فحص والكشف عن سرطان الثدي وعنق الرحم. ويتمثل الغرض من إجراء الفحص في الكشف عن السرطان في مراحله الأولى حتى يمكن الوقاية منه أو علاجه بسهولة أكبر. ويدرك برنامج BCCHP أن هناك عوائق تحول دون الحصول على خدمات فحوص السرطان، لاسيما وأن تلك العوائق ليست مرتبطة بالتغطية التأمينية. لذلك، يستطيع برنامج BCCHP مساعدة بعض الأشخاص في الحصول على خدمات اختبارات فحص سرطان الثدي و/أو عنق الرحم من خلال تذليل العوائق المحتملة أمام الخضوع لفحص السرطان بغض النظر عن الوضع التأميني لأولئك الأشخاص.

|  |
| --- |
| موافقة على الإفصاح عن المعلومات |

أمنح موافقتي لجميع مقدمي الخدمات الطبية والاجتماعية، والعيادات، والمستشفيات، وخطط التأمين الصحي، وبرنامج BCCHP لتزويد بعضهم البعض بمعلومات حول الرعاية الصحية الخاصة بي والعوائق التي تحول دون تلقي خدمات الرعاية من حيث صلة تلك المعلومات بتذليل تلك العوائق وإتمام فحوص السرطان. أُدرك أن مدة سريان نموذج الموافقة هذا تنتهي بعد 12 شهرًا من تاريخ توقيعي على هذا النموذج. يجب أن أعيد منح الموافقة مرة أخرى بعد 12 شهرًا للاستمرار في تلقي خدمات الرعاية الصحية المتخصصة.

**أُدرك أن أي معلومات يتم الكشف عنها لبرنامج BCCHP ستبقى سرية إلى أقصى حد يسمح به القانون.** ستكون المعلومات متاحة لي، وللموظفين المشاركين في الخدمات التي يقدمها لي برنامج BCCHP و Health Care Authority (هيئة الرعاية الصحية) (لمصلحة Breast and Cervical Cancer Treatment Program (BCCTP، برنامج علاج سرطان الثدي وعنق الرحم) إذا كان ذلك ينطبق)، ولـ Department of Health (الجهة الممولة لبرنامج BCCHP). سيتم استخدام المعلومات لتلبية أغراض برنامج BCCHP كما هو موضح أعلاه. لن تذكر التقارير التي يتم نشرها والصادرة عن برنامج BCCHP أي عميل من عملاء البرنامج بالاسم.

أدرك أن تلقي الخدمات الصحية المتخصصة أمرٌ طوعي وأنه يجوز لي أن أتوقف عن تلقي الخدمات وأن أسحب موافقتي على الإفصاح عن المعلومات في أي وقت.

**أُدرك أنني أتحمّل مسؤولية دفع أي رسوم أتكبدها إذا قمت بتزوير أي معلومات تُستخدم لتحديد أهليتي.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| وقِّع اسمك هنا | التاريخ |  | الشاهد: المؤسسة الصحية | التاريخ |
| اكتب اسمك بحروف واضحة هنا |  |  | المترجم الفوري (في حال الاستعانة به) | التاريخ |