授權號：     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 導引號：     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

乳房和宮頸健康導引同意書

|  |
| --- |
| **計劃說明** |

**Breast and Cervical Health Program（BCCHP，乳腺和宮頸健康計劃）**是健康服務提供方 Washington State Department of Health（DOH，華盛頓州衛生部）和 Centers for Disease Control and Prevention（CDC，美國疾病控制與預防中心）共同開展的一項聯合行動，目的是為乳癌和宮頸癌篩查提供支援。篩查的目的是在癌症最早期將其發現，從而實現預防或更方便地治療。BCCHP 承認除了保險外，還有阻礙您接受癌症篩查的障礙。BCCHP 計劃可解決某些人獲得癌症篩查的可能障礙，無論其保險狀態如何，從而幫助其獲得乳癌和/或宮頸癌篩查檢測。

|  |
| --- |
| 資訊披露同意書 |

本人同意我的任何及全部醫療和社會服務提供者、診所、醫院、健康保險計劃及 BCCHP 相互提供我的醫療健保及獲得照護之障礙的相關資訊，因為此舉關乎著此類障礙的解決和癌症篩查的完成。本人知曉，此同意書自簽署之日起 12 個月後到期。本人必須在 12 個月後重新同意，才能繼續獲得導引服務。

**本人知曉，披露給 BCCHP 的任何資訊都將在法律允許的最大程度上獲得保密。**該資訊可供本人、我的 BCCHP 服務所涉及的員工、Health Care Authority（醫療健保管理局）（針對 Breast and Cervical Cancer Treatment Program（BCCTP，乳癌和宮頸癌治療計劃）（如適用））以及 Department of Health（BCCHP 的資金來源）查看。該資訊將用於滿足上方所述的 BCCHP 的目的。源於 BCCHP 的已發佈報告將不會透過姓名識別任何客戶。

我知曉，接受導引服務屬於自願行為，我可以隨時終止接受服務並撤銷資訊披露許可。

**如果我偽造用於判定資格的任何資訊，我知曉自己有責任承擔相關費用。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 請在此處簽署您的姓名 | 日期 |  | 見證人：健保機構 | 日期 |
| 請在此處以正楷書寫您的姓名 |  |  | 口譯員（如使用） | 日期 |