Every Woman's Life

Thỏa Thuận Tham Gia của Khách Hàng

Tên họ khách hàng (xin viết chữ in):_____

Chương trình Đời sống Phụ nữ (Every Woman's Life) khuyến khích phụ nữ đi tầm soát về ung thư vú và cổ tử cung. Mục tiêu việc tầm soát là nhằm phát hiện ung thư trong giai đoạn sớm nhất để có thể chữa trị. Tầm soát ung thư vú liên quan đến việc khám nghiệm vú miễn phí và chụp hình quang tuyến X vú, được gọi là chụp X quang vú (mammogram). Tầm soát ung thư cổ tử cung liên quan đến việc khám nghiệm khung xương chậu miễn phí. Khi khám nghiệm khung xương chậu, một số tế bào sẽ được lấy từ cổ tử cung của quý vị và gửi đến phòng xét nghiệm để xem các tế bào này có bình thường hay không.

Với tư cách là người tham gia chương trình:

- Quý vị sẽ nhận các xét nghiệm tầm soát vú và cổ tử cung thích hợp với quý vị.
- Nếu quý vị cần làm thêm các xét nghiệm khác, quản lý viên hồ sơ của quý vị sẽ giúp quý vị nhận được các xét nghiệm này. Đa số các xét nghiệm này là miễn phí, nhưng quý vị có thể sẽ cần chi trả cho một số xét nghiệm mà chương trình không cho phép làm. Quản lý viên hồ sơ của quý vị sẽ làm việc với các y viện khác để đảm bảo là quý vị nhận được tất cả những xét nghiệm mà quý vị cần.
- Nếu bác sĩ chẩn đoán là quý vị bị ung thư vú hoặc ung thư cổ tử cung, Medicaid có thể chi trả cho phí chữa trị của quý vị.
- Quý vị cần đi đến tất cả các buổi hẹn tầm soát và theo dõi của quý vị. Nếu quý vị không thể giữ một buổi hẹn nào đó hoặc không còn muốn tham gia trong chương trình, quý vị cần gọi báo cho quản lý viên hồ sơ của quý vị biết.

Thỏa thuận:

- Tôi đồng ý làm các xét nghiệm tầm soát và bất kỳ các xét nghiệm nào khác mà tôi cần.
- Tôi đồng ý giữ tất cả các buổi hẹn. Nếu tôi không đến được buổi hẹn, tôi sẽ gọi báo cho quản lý viên hồ sơ của tôi biết.
- Tôi xác nhận là thông tin cá nhân mà tôi đã cho là chính xác.
- Tôi hiểu là thông tin cá nhân của tôi là riêng tư và chỉ sẽ được sử dụng để xác định tính đủ điều kiện tham gia chương trình của tôi và để quản lý viên hồ sơ giúp tôi nhận được các xét nghiệm mà tôi cần.
- Tôi đồng ý là chương trình này có thể có thông tin y tế của tôi.
- Tôi hiểu là sự tham gia của tôi là tự nguyện và tôi có thể rút ra khỏi chương trình bất kỳ lúc nào.

Chữ ký khách hàng:_____Ngày (tháng/ngày/năm):_____

Chữ ký nhân chứng:_____ Ngày (tháng/ngày/năm):_____