



प्रमाणिकरण#: _____ BCCHP#: _____

Breast, Cervical and Colon Health Program Consent स्तन, योनी र गुद्दार स्वास्थ्य कार्यक्रममा सहमति

कार्यक्रमको विवरण

स्तन, योनी र गुद्दार स्वास्थ्य कार्यक्रम (BCCHP) स्वास्थ्य प्रदायकहरू, वाशिंगटन राज्य स्वास्थ्य विभाग (DOH), र रोग नियन्त्रण तथा रोकथाम केन्द्रहरू (CDC) बीच स्तन र योनी क्यान्सरको स्क्रीनिंगलाई सहयोग गर्ने संयुक्त प्रयास हो। स्क्रीनिंगको उद्देश्य क्यान्सरलाई यसको प्रारम्भिक चरणमा पत्ता लगाउनु हो ताकि यसको रोकथाम गर्न वा उपचार गर्न सकियोस्। स्तन क्यान्सरको लागि स्क्रीनिंगमा स्तनको जाँच र मेमोग्राम भनिने स्तनको एक्स-रे समावेश छ। योनी क्यान्सरको स्क्रीनिंगको लागि Pap र HPV जाँच भनिने गुद्दारको जाँच र योनीबाट (गर्भाशय / गर्भको सुरु) बाट कोषहरूको नमूना लिइन्छ।

जानकारी जारी गर्ने सहमति

म मेरो कुनै वा सबै स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरू, क्लिनिकहरू, अस्पतालहरू, स्वास्थ्य बीमा योजनाहरू, र BCCHP मध्ये एक आपसमा मेरो स्वास्थ्य सेवा, योनी जाँच, स्तन जाँच, म्यामोग्राम र मैले BCCHP मार्फत प्राप्त गरेको कुनै पनि सम्बन्धित स्वास्थ्य सेवाको बारेमा जानकारी प्रदान गर्न सहमति दिन्छु। मैले यो फारममा हस्ताक्षर गरेको मितिले 12 महिना पछि यो सहमति रद्द हुनेछ भनेर मैले बुझेको छु। सेवाहरू जारी राख्नको लागि मैले 12 महिना पछि पुनः नामांकन गर्नुपर्नेछ।

BCCHP लाई जारी गरिएको कुनै पनि जानकारी गोप्य रहनेछ। जानकारीहरू मलाई, मेरो BCCHP सेवाहरूमा संलग्न कर्मचारीहरू, स्वास्थ्य सेवा प्राधिकरण (यदि लागू योग्य भएमा, स्तन र योनीको क्यान्सर उपचार कार्यक्रम (BCCTP) को लागि) र स्वास्थ्य विभाग (BCCHP कोषको स्रोत) लाई उपलब्ध हुनेछ। माथि व्याख्या गरिए अनुसार BCCHP को उद्देश्यहरू पूरा गर्नको लागि जानकारीहरू प्रयोग गरिनेछ। BCCHP को परिणामबाट आएका प्रकाशित रिपोर्टहरूले कुनै पनि ग्राहकलाई उनीहरूको नामबाट पहिचान गर्न सक्दैन।

यो कार्यक्रममा हुनु भनेको स्वैच्छिक हो र म कुनै पनि समयमा BCCHP बाट बाहिर जान सक्छु र सूचना प्रकाशन गर्न मेरो सहमति फिर्ता लिन सक्छु भनेर मैले बुझेको छु। यदि मलाई स्तन र / वा योनीको क्यान्सर भएको पाइएमा, म एप्पल स्वास्थ्य BCCTP मार्फत उपचार प्राप्त गर्न योग्य हुन सक्छु भनेर मैले बुझेको छु। त्यसपछि BCCHP कर्मचारीले मलाई नाम दर्ता गर्न मद्दत गर्नेछ। मैले प्राप्त गरेको केस प्रबन्धन सेवाहरूको अंशको रूपमा, उपचारको लागि मेरो सहमति दिन आवश्यक हुन सक्नेछ र आवश्यकता अनुसार अन्य जानकारी प्रदान गर्नुपर्नेछ भनेर मैले बुझेको छु।

यदि मैले मेरो योग्यता निर्धारण गर्न प्रयोग गरिएको कुनै पनि गलत जानकारी दिएमा, म आरोपहरूको लागि जिम्मेवार छु भनेर मैले बुझेको छु।

आफ्नो नामको हस्ताक्षर यहाँ गर्नुहोस् _____ मिति _____

साक्षी : स्वास्थ्य सुविधा _____ मिति _____

आफ्नो नाम यहाँ लेख्नुहोस् _____

दोभाषे (यदि प्रयोग गरिएमा) _____ मिति _____