

저희 재단의 무료 유방암 진단 프로그램에 참여해주셔서 감사합니다. 이 서류는 Mobile Care Clinic을 방문하시고자 하는 분들께서 어떤 것을 준비하셔야 하는지와 그 외 정보들을 포함하고 있습니다.

유의사항: 본 재단은 임신부나 임신하고 있을 가능성이 있는 분에게 맘모그램 검사를 제공하지 않습니다. 또한 현재 모유수유를 하고 계신 분들과 모유수유를 중단하신지 6개월 미만인 분들에게도 제공하지 않습니다.

맘모그래피 (유방촬영검사) 받으시고자하는 당일에는:

- 투피스 (상하의가 분리된)를 입고 오세요. 그래야 간편하게 상의만 탈의하시고 맘모그램과 임상유방시험 검사를 받으실 수 있습니다.
- 팔 밑부분, 겨드랑이, 혹은 가슴 부위에 데오도론트 (냄새 혹은 땀 제거제), 로션, 향수, 파우더를 바르지 마세요. 위에 나열한 제품들엔 특정 금속성의 물질이 함유되어 있을 가능성이 있어 검사 결과물에 같이 나타날 수 있습니다.
- 복용하고 계신 약물을 정상 복용하시고, 평상시처럼 식사하세요.

알아두셔야 할 점:

- 만약 맘모그램 검사를 생리중이나 생리 1주일 전에 받으시려고 하신다면, 염증이나 유방 압통을 겪으실 수 있습니다.
- 이전에 받은 맘모그램 검사 결과(필름) 가(이) 있다면 저희 재단에서 맘모그램 검사를 받으시는 날에 꼭 가져오세요. 만약 다른 시설이나 이전 맘모그램 검사 결과가 불규칙적이었다면 더욱이 꼭 가져오셔야 합니다.
- 저희 이동 Care Clinic에 도착하시면, 저희 측 직원에게 체크인 (접수) 하시고 검사 예약시간을 말씀해주세요.

그 외 알아두셔야 할 점:

- 병원 방문 시, 병원측에서 요구하는 서류를 작성하듯이 저희 Care Clinic에서도 비슷한 종류의 문서를 작성하셔야합니다. 작성하신 서류를 확인 후, 맘모그램 검사를 진행할 것입니다. 맘모그램 검사 진행 시간은 약 10분 정도 소요될 것입니다. 맘모그램 검사가 끝난 후에는 임상유방시험을 진행하게 될 저희 측 간호사를 만나시게 됩니다. 임상유방시험은 유방 신체검사입니다. 임상유방시험이 끝난 후에는, 매달마다 어떻게 자가유방진단을 하는 방법과 그 외 어떤 점을 유의해야하는지에 대해서 알려드립니다.

검사결과는 검사일로부터 약 2주 안으로 봉투에 동봉되어 문서에 기재하셨던 집주소로 우편을 통해 보내드립니다. 검사결과에 대한 궁금하신 점이 있으시다면, 718-454-8556 (Multi-Diagnostics Services)로 전화주세요.

감사합니다!

Multi-Diagnostic Services Inc.

139-16 91st Avenue ~ Jamaica, NY 11435 ~ 718.454.8556 ~ Fax 718.454.7950

빠진 곳 없이 꼭 작성해주세요

검사장소:

이름 _____ 생년월일 ____/____/____ 나이 _____ 날짜 ____/____/____
 집주소 _____ 아파트# _____ 도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____
 집전화(____) _____ 직장전화(____) _____ Social Sec# _____

해당되는 사항을 동그라미표시하세요. 한 문제라도 빠짐없이 답해주세요.

과거나 현재에 복용하는 약 (만약 있다면, 약의 이름과 복용 기간을 작성해주세요.)

경구피임약 없음 있음 _____
 호르몬 없음 있음 _____
 갑상선 없음 있음 _____

처음 생리를 시작한 나이는? _____
 임신 횟수는? _____
 첫 임신했을 때 나이는? _____
 마지막 생리 날짜는? _____

폐경기가 시작됐나요?

아니다 그렇다 그렇다고 대답하신 분만 대답해주세요: 자연적으로 수술에 의해 폐경이 시작된 나이 _____

자궁적출술을 받은 적이 있나요?

아니다 그렇다 그렇다고 대답하신 분만 대답해주세요: 자궁적출술을 받은 나이는? ____ 난소 제거 여부: 아니다 그렇다 (좌측,우측) 난소제거시 나이는? ____

과거 가슴 수술은 받은 적이 있나요?

언제? 어느쪽 가슴? 방사선 치료?

유방절제술 없음 있음 _____ 오른쪽 왼쪽 양쪽 없음 있음
 유방보존술 없음 있음 _____ 오른쪽 왼쪽 양쪽 없음 있음
 유방 생체검사 없음 있음 _____ 오른쪽 왼쪽 양쪽 없음 있음
 낭종 배액술 없음 있음 _____ 오른쪽 왼쪽 양쪽 없음 있음
 유방확대술 없음 있음 _____ 오른쪽 왼쪽 양쪽 없음 있음
 기타 _____

밑의 보기중에 현재 해당되는 사항이 있나요?

섬유낭종질환 없음 있음
 유방종괴 없음 있음 오른쪽 왼쪽 양쪽
 압통 없음 있음 오른쪽 왼쪽 양쪽
 유방통 없음 있음 오른쪽 왼쪽 양쪽
 피부함몰 없음 있음 오른쪽 왼쪽 양쪽
 유두분비 없음 있음 오른쪽 왼쪽 양쪽
 만약 유두분비가 있다면, 색은? _____
 위 증상들은 생리와 연관이 있나요? 아니다 그렇다

유방암 가족력 (해당사항에 동그라미 쳐주세요.)

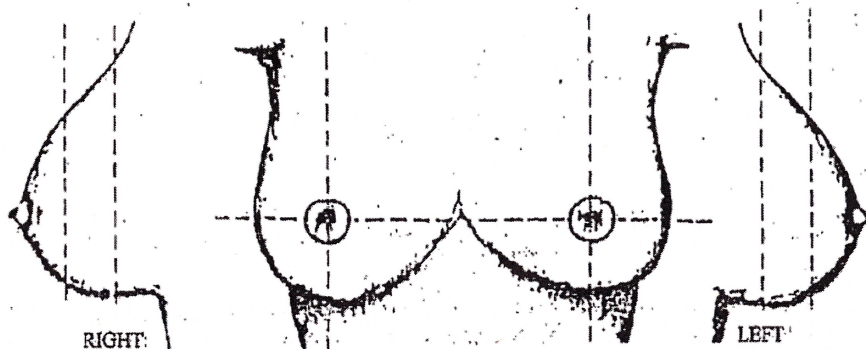
어머니 없음 있음
 이모 없음 있음 외가족 친가족
 자매 없음 있음
 할머니 없음 있음 외가족 친가족
 딸 없음 있음

만약 '있음'에 답했다면, 처음 진단받은 나이 (대략적이라도)를 적어주세요. _____

이전에 맘모그램 검사를 받은 적이 있나요?

언제? _____
 어디서? _____

마지막으로 임상유방시험을 받은 적은 언제인가요? _____



Technicians Signature _____

반드시 1-4번을 읽고 이해하신 후에 빈 칸을 작성해주세요

1. 나 _____ 는(은) Multi-Diagnostic Services, Inc.의 기술자들과 직원들이 시각적 그리고/또는 손으로 유방검진 그리고/또는 맘모그래피 검사를 하는 것에 대하여 동의하며 허락합니다. 또한 시각적 그리고/또는 수동적으로하는 유방검진 그리고/또는 맘모그래피는 암을 진단할 수 있는 완전한 검사 가 아닌 것을 이해하며, Multi-Diagnostic Services, Inc. 에서 받은 검진과 검사 결과가 음성으로 나올시에도 이 결과는 암이 없다는 것에 대해 보장을 하지않는다는 것을 이해합니다.

검진과 검사 결과에서 악성이 의심되거나 혹은 차후에 문제발생 가능성이 있는 이상이 발견되었을 시에 의사가 추천해주는 추적검사, 진단적 연구, 의학적 평가, 치료 등을 따르는 것에 있어서 독자적인 책임이 있음을 이해합니다.

1. 나는 내 자신이 알고 있는 바로는 현재 임신중이 아니며 그리고/또는 모유수유를 하고 있지 않음을 선언합니다.

2. 나는 Multi-Diagnostic Services, Inc.가 맘모그래피 검사에 관련된 본인의 모든 의료 진료기록과 진료보고를 받을 수 있는 것을 허락합니다. 관련된 의료 진료기록과 진료보고들은 다음과 같지만, 그 외에도 더 있을 수 있습니다: 초음파; 국소, 확대, 그 외 다른 촬영물; 생체[조직]검사 결과, 이전 맘모그래피 검사결과, 그리고 초음파 사진 등. 이를 통해, Multi-Diagnostic Services, Inc.는 Mammography Quality Standard Act (MQSA/HR6182)에 의거해 본인의 진료 차트를 갱신 (업데이트) 할 수 있습니다.

3. 나는 본인의 검진 및 맘모그래피 검사 결과가 자신의 지정 의사에게 보고된다는 점을 이해합니다. 추후 검사가 필요시, 나는 Multi-Diagnostic Services, Inc. 가 자신의 맘모그래피 필름을 본인, 자신이 지정한 사람, 혹은 검사를 할 의사나 기관에 배포할 수 있도록 허락합니다. 만약 NY State DOH Breast Health Partnership Program을 통해 검사를 받으신다면 검사결과필름은 제휴 시설에게 추후 관리를 위해서 보내질 것이며 의료 기록과 개인정보는 해당 NY State Partnership 사무소와 추후 관리 시설에 보내질 것입니다. 본인의 정보가 유출되길 원하지 않는다고 의사를 밝히시면, 개인관련 정보들이 해당 시설이나 사무소에 보내지지 않을 것입니다.

정보유출 거절을 원하시는 분들은 반드시 글로 작성해서 제출해주세요.

만약 원하신다면, 본인 외에도 맘모그램 결과를 받아볼 수 있는 권한을 가진 친척 혹은 친구의 이름과, 주소, 핸드폰 번호를 적어주세요.

이름 _____ 주소/연락처 _____

싸인 _____ 날짜 _____

증인 _____

담당 의사정보

이름 _____ 연락처 _____

주소 _____ 팩스번호 _____

_____ Doctor's UPIN# (for medicare) _____

Medicaid Provider # _____

Medicare 환자

"나는 Multi-Diagnostic Services, Inc.에서 받은 모든 서비스들에 대하여 Medicare의 혜택이 적용될 것 을 요구합니다. 나는 나에 대한 의료정보를 가지고 있는 그 어떠한 소유자라도 the Health Care Financing Administration과 그 대리인들이 혜택을 결정하기 위해서 또는 이와 관련된 서비스에 혜택을 지불할 수 있도록 개인 의료정보를 제공하는 것을 허락합니다.

수익자 싸인 _____ 날짜 _____

CANCER SERVICES PROGRAM CLINICAL BREAST EXAM FORM

Name: DOB: Date:
Last First MI MM/DD/YR MM/DD/YR

Review of Patient History

Patient noticed changes in breasts since last visit? Site code
 No Yes Describe _____
 Patient has a personal or family history of breast cancer?
 No Yes Who? _____ What age? _____
 Patient noted spontaneous nipple discharge?
 No Yes Describe _____

Visual Exam:

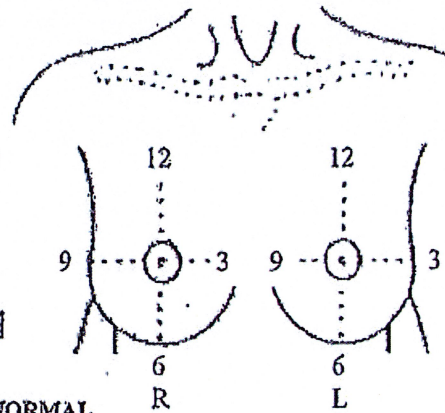
Skin: Normal/Benign Scar(s) Dimpling Other: _____
 Nipples: Everted Inverted Retraction

Physical Exam:

Lymph Nodes + - + -
(Axillary/Clavicular)

Diagram Documentation Codes

Scar +++ Nodularity ≡ Mole *
 Fibrocystic Area # Node ○ Dimpling △
 Mass ●



Describe all clinical exam findings, including NORMAL and ABNORMAL (indicate size, shape, mobility, location of palpable findings).

Findings: _____

Plan: _____

Referral: No Yes (explain) _____

Breast Findings: Check one box only

- 1. Normal, Benign, Fibrocystic – Rescreen in 1-2 Years
- 2. Probably Benign – Repeat Exam in 3-6 months
- 3. Mass or Other Findings – Immediate Testing

 Name of Examiner (please print)

 Signature of Examiner

 Date

This report should be maintained as part of the patient medical record.

05/22/09

Client ID Number: _____
Partnership Name: _____
Fax Number: _____

CONSENT FOR CANCER SERVICES PROGRAM PARTICIPATION

About the Cancer Services Program (CSP) Partnership

The CSP Partnership is a New York State Department of Health (NYSDOH) program that works with contract administrators, and with doctors, nurses and other health care providers to offer free, age-appropriate, risk-based screening for breast cancer, cervical (opening of the womb) cancer, and colorectal (the colon and rectum) cancer. Screening tests can help find these cancers in early stages when they may be easier to treat. Sometimes, when these cancers are found and treated early, they can be cured. Contract administrators work with you, health care providers and the NYSDOH to provide the services described in this consent.

The Age-Appropriate, Risk-Based Screenings Offered by the CSP are:

- Mammograms and clinical breast exams for breast cancer
- Pap tests and pelvic exams for cervical cancer
- Take home fecal tests (FIT or FOBT) for colorectal cancer
- Screening colonoscopy for men and women at increased risk for colorectal cancer (this means they have a greater chance of getting colorectal cancer)

People Who Have Abnormal Screening Tests (the screening tests show they may have one of these cancers) May Also Have the Following Services from the CSP Partnership:

- Diagnostic tests: These are tests and exams that check to see if cancer is there.
- Case management: People help you get to the diagnostic tests by helping make appointments, finding a way to appointments, finding child care, and many other ways to make it easier to get to the important diagnostic test appointments.
- Help finding treatment if cancer is found.
- Help getting in the Medicaid Cancer Treatment Program if you meet the program eligibility (rules). The Medicaid Cancer Treatment Program offers full Medicaid insurance for people with breast, cervical, colorectal or prostate cancer who meet the program eligibility (rules).

Income and Insurance Eligibility

Free cancer screening by the CSP is only offered to women and men who meet income and health insurance eligibility (rules). Income eligibility means that the total amount of money earned by people living in your house must be below a certain amount for you to get free CSP services. CSP services are also offered to women and men who do not have health insurance (including Medicaid or other public insurance) or whose health insurance does not pay for cancer screenings. CSP services may also be offered to women and men who have health insurance, but cannot afford to pay the insurance co-pay, deductible, or spend down. The CSP partnership staff or health care provider will give you information about income and health insurance and talk to you about whether or not you meet these program rules.



Client ID Number:	_____
Partnership Name:	_____
Fax Number:	_____

Signing this consent means that:

- I have read the program information on page 1 and have talked to a CSP Partnership staff or provider and understand the services being offered to me by the CSP.
- I agree to be in this program and understand that by agreeing to be in this program, I give permission to the New York State Department of Health, contract administrators and health care providers, including doctors, clinics and/or hospitals to release (share) information about me. I understand this information includes financial and insurance information and medical information about me and related to my breast, cervical and/or colorectal cancer screening and any related diagnostic and treatment care I receive. I understand this information will be released (shared) to other health care providers, contract administrators, other staff, health care providers or agencies participating in the CSP Partnership and the New York State Department of Health for my health care, treatment and follow-up, and for case management, tracking and payment purposes.
- I understand that information about me and my medical information will be released only as allowed by this consent or as allowed or required by law.
- I understand that this consent is for CSP cancer screening and related diagnostic and treatment services and case management, as needed and as provided under the CSP Partnership.
- I understand that I may choose not to have the services that are offered to me at any time.
- I understand that someone will contact me if I am found to have an abnormal screening test (my screening test shows that I may have cancer). Case management services are provided to help me to get the recommended diagnostic follow-up testing and treatment, if needed. I understand that case management services are provided at no cost to me and that I can choose not to have the service at any time.
- I understand that my healthcare provider may recommend tests or procedures that may not be paid for under this program.

Attestation of Eligibility

A CSP Partnership staff or provider told me about the program services and eligibility requirements and answered any questions I had. By signing this consent, I attest that to the best of my knowledge, I understand this information and by checking the boxes below, the following is true. I understand that the CSP Partnership and the New York State Department of Health may verify (check) the information I have provided herein.

I meet the following income eligibility requirements (choose one):

- My household income is at or below 250% of the Federal Poverty Guideline (FPG).
- My household income is above 250% of the FPG, but I cannot afford cancer screening/s.

I meet the following insurance eligibility requirements (choose one):

- I do not have health insurance of any type (this includes Medicare, Medicaid, Family Health Plus, or other public or private insurance).
- My health insurance deductible, monthly spend down, or co-payment is too high and prevents me from getting cancer screening services or my health insurance does not provide coverage for cancer screening and/or diagnostics.

I authorize information about my services to be left on my answering machine.

Client Information and Signature

Client Name (Print) _____ **DOB** _____

Client Signature _____ **Date** _____

Partnership Witness (Signature) _____ **Date** _____

Patient Privacy Notice
Acknowledgment Form
환자 개인정보 보호 증명서

이 문서의 목적은 Health Information Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)에 의거해 환자에 대한 개인정보가 수집되었음을 기록하는 것에 있습니다. 만약 정보수집을 할 수 없을 경우, 이 문서는 Multi-Diagnostic 측에서 신의성실 원칙을 토대로 필요 정보 수집을 위해 시도를 하였다는 것을 뒷받침합니다.

Part A: 나, _____ 는 the University Physicians Group Privacy
(환자 이름을 기재해주세요.)

Notice and Practices를 받아보았음을 인정합니다.

싸인: _____

날짜: _____

Part B: MULTI-DIAGNOSTIC SERVICES, INCORPORATED. Made a good faith attempt to obtain
_____ acknowledgement of receipt of Privacy Notice, but was
(insert patient's name)

unable to do so for the following reason(s):

- Individual refused to sign An emergency situation prevented us from obtaining it
 Communications barriers prohibited obtaining it Other (please specify) _____

Signed: _____ Position: _____ Date: _____
(Employee)

Part C: The first treatment encounter of the office with _____ was by
(insert patient's name)

telephone on _____ and a copy of the Notice of Privacy Practices of the
(insert date of phone call)

office and a copy of this Acknowledgement Form were mailed to the patient on such date, with a request to the patient to return to the office the completed Part A of this form.

Signed: _____ Position: _____ Date: _____
(Employee)

The completed form is to be placed in the patient's medical record

American-Italian Cancer Foundation (AICF) HIPAA 의료정보 공개 허가서

빈 칸 없이 모두 작성해주세요

이 문서는 리서치 혹은 마케팅, 모금 혹은 홍보를 위해 쓰일 수 없습니다.

환자 이름/주소	생년월일	환자 SSN
	의료기록번호 (medical record number)	전화번호
정보를 공개하는 의뢰서비스 제공자	공개될 정보: 요청한 정보 _____ 치료 기간 _____ 부터 _____ 까지	
정보 받을 자의 이름과 주소	공개되는 정보 (만약 네모박스에 체크가 되어있을 경우, 당신은 그 해당정보 공개에 동의하는 것입니다.) 반드시 알아주세요: 박스가 모두 체크되어있지 않을 시, 저희 측에선 경우에 따라 요청사항을 수행하지 못할 경우가 있습니다. <input type="checkbox"/> 알코올 그리고/또는 약물 프로그램 정보 <input type="checkbox"/> 정신건강 정보 <input type="checkbox"/> 유전자 검사 정보 <input type="checkbox"/> HIV/에이즈 관련 정보	
정보 공개의 이유 <input type="checkbox"/> 법적이유 <input type="checkbox"/> 개인요청 <input type="checkbox"/> 기타 그의 (자세히 적어주세요): _____	허가는 언제까지 유효한가요? (해당사항에 체크해주세요) <input type="checkbox"/> 해당 상황 또는 사건 시: <input type="checkbox"/> 해당 날짜: _____	

나, 혹은 나의 위임대표는, 이 문서에서 작성한 바와 같이 나의 의료정보 및 청구 정보가 사용 및 공개되는 것에 대해 동의합니다.

나는 나의 의료정보 및 청구정보가 재공개될 수 있음을 인지하며 만약 이 문서에 기재된 정보 받는 자가 법적인 규제를 받지 않을 경우 내가 제공한 정보는 더 이상 연방 정부의 건강(의료) 사생활 보호법으로 보호받지 못하는 점을 이해합니다.

나는 자신의 알코올 및 약물 남용, 유전자 검사, 정신건강, 그리고 HIV/에이즈 관련 된 의료 기록이나 청구기록이 위의 표에서 해당 빈칸에 표시를 하지 않았을 경우에 정보 받는 자에게 이와 같은 정보는 공개되지 않는 점을 이해했습니다.

나는 자신의 HIV/에이즈 관련 정보가 사용 혹은 공개되는 것에 동의하더라도, 정보 받는 자가 자신의 동의없이 자신의 HIV/에이즈 관련 정보를 사용하거나 재공개하는 것을 금합니다. 또한 나는 자신에게 자신의 HIV/에이즈 관련 정보를 동의없이 받아보거나 사용하는 사람들의 목록을 요청할 수 있는 권리가 있다는 것을 인지하고있습니다. 만약 자신의 HIV/에이즈 관련 정보를 공개함으로써 차별을 받는다면 나는 the New York State Division of Human Rights 에 212.480.2493 혹은 the New York City Commission of Human Rights 에 212.306.7450으로 연락할 수 있음을 이해했습니다. 방금 명시된 기관들이 자신의 권리를 지켜줄 책임이 있습니다.

나는 이 의료정보 공개 허가서에 싸인을 하지않아도 되는 권리가 있다는 것을 이해하며 의료비와 의료혜택이 내가 이 허가서에 싸인을 하지 않을시에 적용되지 않을 수 있다는 것을 이해합니다. 또 나는 만약 이 허가서에 싸인을 하지 않을시에, AICF가 본인의 요청에 의한 의료 그리고/또는 청구서 정보 공개를 할 수 없음을 이해합니다.

나는 Request for Access Form을 작성하면 자신이 이 허가서에 작성된 정보의 사본을 받을 수 있음과 검열 할 수 있는 권리가 부여되는 것을 이해합니다. 또한 나는 이 허가서에 싸인을 한 후 사본을 받을 권리가 있다는 것을 숙지하고 있습니다.

의료 및 청구서 정보를 사용 혹은 공개할 목적으로 이 허가서에 싸인을 했지만 2가지 경우를 제외하고선 나는 언제라도 이 허가서를 철회할 수 있는 권리가 있다는 것을 이해합니다. 2가지 경우는 다음과 같습니다: 첫째, AICF가 이미 나의 허가서를 사용해 어떠한 조치를 취했을 경우. 둘째, 보험금 관련 일로 허가서가 사용되었을 경우.

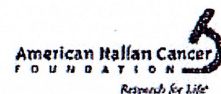
이 허가서를 철회하시길 원하신다면, Health Information Management 부서로 연락을 주시기 바랍니다.

나는 이 허가서를 읽었으며 모든 내 질문에 관한 답변을 받았습니디. 아래에 싸인을 함으로써, 나는 위의 모든 것을 이해했으며 승낙합니다.

환자 혹은 개인 대리인의 싸인	환자 본인이 아닐 경우 대리인의 이름, 연락처를 적어주세요
날짜	개인 대리인이 환자를 대신하여 행할 수 있는 권한을 적어주세요

만약 AICF가 이 허가서를 요구했을 경우, 환자 또는 환자를 대표하는 개인 대리인은 반드시 싸인이 작성된 이 허가서의 사본을 제공받아야합니다.

AICF USE ONLY	
Date Received:	Initials of HIM employes processing request:
Date Completed:	Comments:



Date: ___/___/___

Location: _____

American – Italian Cancer Foundation
Mobile, No-Cost Breast Cancer Screening Program 이동 무료 유방암 진단 프로그램

Your Age (나이): _____ Zip code (우편번호): _____

Gender (성별)

- Female (여성) Male (남성) Other (기타): _____

What is your Primary Language? (주로 사용하는 언어는 무엇인가요?)

- English (영어) Spanish (스페인어) Korean (한국어) Chinese (중국어)
 Other (기타): _____

What is your Ethnicity? (본인의 민족성을 구분해주세요.)

- Hispanic or Latino(a) (히스패닉계 혹은 라틴계) Not Hispanic or Latino(a) (그 외)

What is your Race? (check all that apply) (본인이 해당하는 인종을 고르세요.)

[해당하는 것을 모두 고르세요]

- American Indian or Alaska Native (미국계 인디언 또는 알래스카 원주민)
 Asian (아시아인)
 Black or African American (흑인 또는 아프리카계 미국인)
 Native Hawaiian or other Pacific Islander (하와이 원주민 또는 그외 태평양 제도민)
 White (백인)
 Other (그 외): _____

What is your annual household income? (연간 [1년] 가족 수입을 고르세요.)

- \$5,000 or less (\$5,000 혹은 그 이하)
 \$5,001 - \$10,000 (\$5,001 이상 \$10,000 이하)
 \$10,001 - \$15,000 (\$10,001 이상 \$15,000 이하)
 \$15,001 - \$25,000 (\$15,001 이상 \$25,000 이하)
 \$25,001 - \$50,000 (\$25,001 이상 \$50,000 이하)
 More than \$50,000 (\$50,000 이상)