

衛生保健機構
藥物醫療交付系統 (DMC-ODS)
物質使用障礙 (Substance Use Disorder)
攝入建議清單

受益人姓名

我願選擇信息資料的語言： _____

(DMC-ODS 員工必須同受益人或法定監護人完成檢閱)

評定所需資料來自光盤或音頻格式

我有被提供我若需要光盤音頻格式或網站提供醫療保健受益人手冊。依據我選擇的語言。

- 我拒絕接受光盤音頻格式或網站。 是
- 我要求並已收到光盤資料或橙縣保健機構網站 否

信息資料

DMC-ODS 受益人 (請查閱)

- 我收到 <http://www.ochealthinfo.com/DMC-ODS>
(Medi-Cal DMC-ODS 受益人手冊及提供者目錄
或
- 我請求藥物醫療交付受益人手冊和提供者目錄在五天内寄到我住處
(寄出:__(日期)_____(員工簽名))
或
- 我已收到醫療交付受益人手冊及提供者目錄
(硬拷貝)
- 常字體
- 大字體

我收到了隱私慣例通知的副本 是 否

我已完成隱私慣例通知 是 否

我收到了人類免疫缺陷病 (HIV) 信息通知 是 否

我收到了一份副本，並同意遵守橙縣物質使用障礙 (SUD) 診所的規則和政策 是 否

我收到了一份副本並接受了橙縣 SUD 診所的保密合同 是 否

我（如果是非駕駛未成年人，則是陪同的成年人）被告知並提供了有關汽車座椅法規的書面信息

是 否

我獲得了選民登記。 如果我未滿 18 歲，則將其提供給隨行的成年人

是 否

預先醫療保健指令（AD） –僅適用於 18 歲以上的消費者

我收到了預先醫療保健指示信息表

是 否

給出的日期:_____/_____/_____

我今天給了計劃人員我的預先醫療保健指令（AD） :_/_____/_____(日期)_____(簽民)

簽名

受益人/法定監護人簽名 :_____日期:

_____/_____/_____ 員工簽

名:_____日期:_____/_____

_____/_____