

Cơ Quan Y Tế
Hệ Thống Phân Phối Do Drug Medi-Cal Tổ Chức (DMC-ODS) &
Rối Loạn Sử Dụng Chất Gây Nghiện (SUD)
Trắc Nghiệm Khi Tiếp Nhận / Thẩm Định

Tên Bệnh Nhân

Tôi muốn được nhận những Tài Liệu Thông Tin viết bằng tiếng: _____ (Nhân viên DMC-ODS phải xem qua và hoàn tất đơn này cùng với bệnh nhân hoặc người giám hộ hợp pháp)	
Nhu cầu về Tài Liệu Thông Tin bằng CD hoặc bằng hình thức thân sẵn khác	
Tôi đã được hỏi có cần Cẩm Nang Về Phúc Lợi (kế hoạch) của Medi-Cal DMC-ODS bằng CD hoặc bằng băng thân sẵn đăng trên trang mạng của HCA bằng ngôn ngữ chính của tôi <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
<input type="checkbox"/> Tôi đã từ chối nhận CD / địa chỉ trang mạng của HCA <input type="checkbox"/> Tôi đã yêu cầu và đã nhận được CD hoặc địa chỉ trang mạng của HCA	
Tài Liệu Thông Tin:	
Dành Cho Bệnh Nhân Trong Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần (xin đánh dấu vào những ô thích hợp)	
<input type="checkbox"/> Tôi đã nhận được địa chỉ mạng http://ochealthinfo.com/DMC-ODS (Cho Cẩm Nang Về Phúc Lợi của Medi-Cal DMC-ODS và Danh Bạ Những Nhà Cung Cấp Dịch Vụ của DMC-ODS) <p style="text-align: center;">HOẶC</p> <input type="checkbox"/> Tôi đã yêu cầu Cẩm Nang Về Phúc Lợi của Medi-Cal DMC-ODS và Danh Bạ Những Nhà Cung Cấp Dịch Vụ của DMC-ODS gửi tới nơi ở của tôi trong vòng 5 ngày kể từ hôm nay Gửi đi: _____ (Ngày) _____ (Tên viết tắt của nhân viên) <p style="text-align: center;">HOẶC</p> <input type="checkbox"/> Tôi đã nhận được Cẩm Nang Về Phúc Lợi của Medi-Cal DMC-ODS và Danh Bạ Những Nhà Cung Cấp Dịch Vụ của DMC-ODS (Bản in trên giấy) <input type="checkbox"/> Chữ cỡ thường <input type="checkbox"/> Chữ cỡ lớn	
Tôi đã nhận được bản Thông Báo về Riêng Tư <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Tôi đã hoàn tất chứng nhận có được bản Thông Báo Về Quyền Riêng Tư <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Tôi đã nhận được một bản sao của thông tin về Virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Tôi (hoặc nếu là trẻ vị thành niên đi chung xe do người lớn cầm lái) đã được khuyến cáo và cung cấp tài liệu thông tin về Luật Lệ Ghế Ngồi Xe Hơi Cho Trẻ Em <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Tôi đã được mời Ghi Danh Bầu Cử. Nếu chưa đến 18 tuổi, người lớn đi cùng tôi đã được mời. <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Hướng Dẫn Sẵn Trước Việc Chăm Sóc Sức Khỏe (AD) – Chỉ dành cho bệnh nhân 18 tuổi trở lên	
Tôi đã nhận được tờ Hướng Dẫn Sẵn Trước Việc Chăm Sóc Sức Khỏe (AD) Ngày Nhận: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Tôi đã đưa cho nhân viên DMC-ODS tờ AD của tôi ngày hôm nay: ____/____/____ (Ngày) ____ (Tên viết tắt)	
Chữ ký	
Chữ Ký Của Bệnh Nhân / Người Giám Hộ: _____ Ngày Ký: _____ Chữ Ký Nhân Viên DMC-ODS: _____ Ngày Ký: _____	