

يقر/يصرح المستفيد/العميل* أو الطرف المسؤول** الموقع أدناه لمقدمي خدمات الصحة السلوكية (Behavioral Health Services, BHS) وخطه الصحة العقلية (Mental Health Plan, MHP) واضطراب تعاطي المخدرات (Substance Use Disorder, SUD)/نظام صرف الدواء المقنن لبرنامج Medi-Cal (Medi-Cal Organized Delivery System, DMC- ODS) في وكالة الرعاية الصحية في مقاطعة أورانج (Orange County Health Care Agency,) (OCHCA) الذين تديرهم المقاطعة في:

(اسم المنشأة و/أو البرنامج)

باستخدام البريد الإلكتروني للتواصل معي للأغراض التالية:

- تحديد مواعيد الرعاية الصحية عن بعد
- إرسال رسائل تذكير بمواعيد الرعاية الصحية عن بعد

يدرك المستفيد/العميل الموقع أدناه ما يلي:

1. لا ينبغي نهائيًا استخدام البريد الإلكتروني لأغراض الطوارئ. ولا توجد في نظام البريد الإلكتروني خدمة متابعة على مدار 24 ساعة يوميًا، ولا يستطيع النظام ضمان تسليم رسائل البريد الإلكتروني في الوقت المناسب. وإذا كنت تعاني من حالة طوارئ نفسية، يرجى الاتصال بفريق تقييم الأزمات (Crisis Assessment Team,) على الرقم 866.830.6011. وإذا كانت هذه حالة طوارئ تهدد الحياة، يرجى الاتصال بالرقم 911 أو التوجه إلى قسم الطوارئ في أقرب مستشفى.
2. يكون الإقرار/التصريح باستخدام البريد الإلكتروني بناءً على طلب المستفيد/العميل.
3. لن يُستخدم البريد الإلكتروني نهائيًا لأغراض التشخيص أو العلاج، ولن تُقبل طلبات التقييم أو العلاج عبر البريد الإلكتروني.
4. لا يعتبر البريد الإلكتروني نظام مراسلات فورية. وأدرك أنني لن أتلقى ردًا إذا أرسلت رسالة بريد إلكتروني.
5. أقر، من خلال التوقيع على هذا الإقرار، وأوافق على السماح لمقدمي خدمات BHS MHP و SUD/DMC-ODS الذين تديرهم المقاطعة بأن يرسلوا إليّ معلومات تتعلق بمواعيد الرعاية الصحية عن بعد عبر البريد الإلكتروني.
6. يجوز لي، أو لمقدمي خدمات BHS MHP و SUD/DMC-ODS في وكالة الرعاية الصحية في مقاطعة أورانج الذين تديرهم المقاطعة، إلغاء القدرة على استخدام البريد الإلكتروني في أي وقت، إذا وجدت أنا أو هم أن البريد الإلكتروني ليس أنسب وسيلة اتصال لي.
7. يجب إبلاغ مقدمي خدمات BHS MHP و SUD/DMC-ODS في وكالة الرعاية الصحية في مقاطعة أورانج الذين تديرهم المقاطعة بأي استخدام غير مصرح به للبريد الإلكتروني في أقرب وقتٍ ممكن.
8. على الرغم من أن وكالة الرعاية الصحية في مقاطعة أورانج لن ترسل أي معلومات سرية عبر البريد الإلكتروني، يوجد خطر يتمثل في أن يتم إرسال رسالة بريد إلكتروني موجهة إليّ إلى عنوان بريد إلكتروني خاطئ دون قصد. وأدرك هذا الخطر.

لقد قرأت هذه الوثيقة بعناية وأفهم المعلومات الواردة أعلاه. وأقر، من خلال التوقيع أدناه، وأصرح باستخدام البريد الإلكتروني للأغراض المبينة أعلاه.

الاسم الأول واسم العائلة للمستفيد/العميل توقيع المستفيد/العميل* عنوان البريد الإلكتروني التاريخ

الاسم الأول واسم العائلة للطرف المسؤول** توقيع الطرف المسؤول** العلاقة بالمستفيد التاريخ

ترجم هذه الوثيقة _____ (اسم المترجم) إلى _____ (اللغة) للمستفيد/العميل و/أو الطرف المسؤول. في حالة توقيع المستفيد و/أو الطرف المسؤول على نسخة مترجمة من هذا النموذج، يجب إرفاق النسخة المترجمة بالنسخة الإنجليزية.

تم التأكد من أن المعلومات الواردة أعلاه، بما في ذلك البريد الإلكتروني، مقروءة، من طرف _____

الاسم الأول واسم العائلة لمقدم خطة MHP في مقاطعة أورانج

المستفيد تم إعطاؤه/ رفض نسخة من هذا النموذج في _____ من طرف _____
الأحرف الأولى من اسم مقدم الخدمة التاريخ

يجب على مقدم الخدمة إكمال هذا القسم إذا تم سحب الموافقة.

سبق أن قدم المستفيد/العميل تفويضًا، إلا أنه يرغب الآن في سحب التفويض اعتبارًا من _____ (التاريخ)

الاسم الأول واسم العائلة لمقدم خطة MHP في مقاطعة أورانج توقيع مقدم خطة MHP في مقاطعة أورانج التاريخ

يتم تقديم المعلومات السرية هذه إليك وفقًا للقوانين واللوائح الولائية والفيدرالية، والتي تشمل على سبيل المثال لا الحصر قانون الرعاية الاجتماعية والمؤسسات (Welfare and Institutions Code)، والقانون المدني (Civil Code)، ومعايير الخصوصية لقانون إخضاع التأمين الصحي لتدابير النقل والمحاسبة (HIPAA) ويحظر نسخ هذه المعلومات للكشف عنها بدون الحصول على تفويض كتابي مسبق من المستفيد/العميل/الممثل المعتمد الذي تتعلق به المعلومات، ما لم يجر القانون خلاف ذلك. ويلزم إتلاف هذه المعلومات بعد الوفاء بالعرض المحدد للطلب الأصلي.

* يجب أن يكون لدى القاصر الذي يتلقى خدمات بموجب توقيعه/توقيعها نموذج الموافقة الخاص بالقاصرين الموقع في سجله السري. **الطرف المسؤول = الوصي على المستفيد/العميل، أو المكلف بالوصاية عليه، أو والده، عند اللزوم.