

CƠ QUAN Y TẾ QUẬN CAM
DỊCH VỤ SỨC KHOẺ TÂM THẦN
BẢN THỎA THUẬN VỀ DỊCH VỤ ĐƯỢC THÔNG BÁO TRƯỚC

ORANGE COUNTY HEALTH CARE AGENCY
BEHAVIORAL HEALTH SERVICES
INFORMED CONSENT FOR SERVICES

Bản Thỏa Thuận Tổng Quát

General Consent

Theo điều luật hiện hành, tôi đã được giải thích về những điều sau đây: thực chất và chủ ý của việc thăm định được đề nghị (trong đó gồm có thử nghiệm về tâm lý), thực chất của việc trị liệu tâm lý, những phương pháp trị liệu khác, những phương pháp điều trị khác bao gồm cả lựa chọn không có trị liệu nào, và tôi hiểu được những rủi ro có thể xảy ra. Tôi đồng ý và cho phép thực hiện những điều cần thiết và ích lợi cho sức khỏe của tôi sau đây:

In accordance with existing law, the following has been explained to me: the nature and purpose of the proposed evaluation (which may include psychological testing), the nature of psychotherapy, alternative therapies, other treatment methods including the alternative of no therapy, and I understand the risks involved. I consent and authorize the following procedures necessary for my health and well-being:

1. Thăm Định Tâm Bệnh
2. Cố Vấn hoặc Trị Liệu Tâm Bệnh
3. Lớp Chia Xẻ Kiến Thức hoặc Trị Liệu Tâm Lý theo nhóm
4. Hỗ Trợ về Thuốc Men
5. Quản Lý Hồ Sơ Cá Nhân (v.d., giới thiệu, liên kết, tư vấn các dịch vụ có liên quan)
6. Theo dõi để kiểm tra việc sử dụng các chất nghiện có ảnh hưởng đến sức khỏe và cuộc sống của tôi

1. *Assessment*
2. *Counseling or Therapy*
3. *Group Education or Therapy*
4. *Medication Support*
5. *Case Management (e.g., referrals, linkage, consultations)*
6. *Monitored screening for substances and other drugs that effect my health and well-being*

Tôi hiểu rằng sự chấp nhận và gia nhập vào hệ thống Sức Khỏe Tâm Thần là một điều tự nguyện và sẽ không được xem như là một điều kiện tiên quyết để được hưởng các dịch vụ cộng đồng khác.

I understand that acceptance and participation in the Behavioral Health system is voluntary and shall not be considered a prerequisite for access to other community services.

Nếu tôi là người đang có Medi-Cal, tôi hiểu rằng tôi được quyền yêu cầu những dịch vụ khác được Medi-Cal hoặc Short Doyle/Medi-Cal chi trả, và tôi có quyền yêu cầu thay đổi người chăm sóc, nhân viên, chuyên viên điều trị, và/hoặc cán sự quản lý hồ sơ.

THÔNG TIN BẢO MẬT CỦA BỆNH NHÂN
CONFIDENTIAL PATIENT INFORMATION
Sec: Cal. W&I code, section 5328
42 CFR Part 2, 45 CFR Parts 160 & 164

If I am a Medi-Cal beneficiary, I understand that I retain the right to request other Medi-Cal or Short Doyle/Medi-Cal reimbursable services and have the right to request a change of provider, staff person, therapist, and / or case manager.

Sau khi không còn tham gia chương trình, nhân viên vẫn có thể liên lạc với tôi để đánh giá về tiến triển và tình trạng của tôi. Tôi hiểu rằng tôi có thể lựa chọn không trả lời bất cứ câu hỏi nào vào lúc đó nếu tôi không muốn.

I may be contacted after my participation in the program has ended to evaluate my progress and condition. I understand that I may choose not to answer any questions at that time if I do not wish to do so.

Tôi hài lòng về việc nhận được những thông tin cần thiết để có quyết định rõ ràng về những dịch vụ cho tôi. Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc, hiểu và đồng ý với những điều trên đây và đã nhận được một bản sao. (Bản sao của văn bản này được đưa cho bệnh nhân hoặc người đại diện hoặc người có trách nhiệm của họ.)

I am satisfied that I have received all the information I need to make an informed decision about my services. I certify that I have read, understand and agree with the above and have received a copy. (A copy of this document is to be given to the client or to her / his agent or responsible party.)

Tên Của Bệnh Nhân / Người Tham Dự
Client / Participant Name

Chữ Ký Bệnh Nhân / Người Tham Dự
Client / Participant Signature

Ngày

Date

Chữ Ký Người Có Trách Nhiệm / Người Đại Diện
Responsible Party / Representative Signature

Ngày
Date

Chữ Ký Chuyên Viên Điều Trị / Nhân Chứng
Provider / Witness Signature

Ngày
Date