

قائمة التدقيق الموصى بها/الجرعة
لنظام صرف الدواء المقنن لبرنامج
(DMC-ODS)

Beneficiary's name

أفضل تلقي المواد الإعلامية باللغة التالية: _____	
(يجب على موظفي نظام صرف الدواء المقنن لبرنامج Medi-Cal (DMC-ODS) مراجعة هذا النموذج واستيفاءه مع المُنتفع أو الوصي القانوني)	
تقديم الحاجة إلى مواد إعلامية على قرص مضغوط (CD) أو التسجيلات الصوتية الأخرى	
تلقيت عرضاً/سئلت عما إذا كنت أريد الحصول على دليل نظام صرف الدواء المقنن لبرنامج Medi-Cal على قرص مضغوط (CD) أو تسجيل صوتي منشور على موقع وكالة الرعاية الصحية (HCA) بلغتي المفضلة	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
رفضت الحصول على قرص مضغوط (CD)/رابط المقاطعة إلى موقع وكالة الرعاية الصحية (HCA)	<input type="checkbox"/>
طلبت وتلقيت القرص المضغوط (CD) أو رابط المقاطعة إلى موقع وكالة الرعاية الصحية (HCA) بلغتي المفضلة	<input type="checkbox"/>
مواد إعلامية:	
المنتفعون من نظام صرف الدواء المقنن لبرنامج Medi-Cal (DMC-ODS) (حدد المربعات المناسبة أدناه)	
تلقيت الرابط http://ochealthinfo.com/DMC-ODS	<input type="checkbox"/>
(الخاص بدليل نظام صرف الدواء المقنن لبرنامج Medi-Cal ودليل مقدم خدمة نظام صرف الدواء المقنن لبرنامج Medi-Cal)	
أو	
طلبت إرسال دليل نظام صرف الدواء المقنن لبرنامج Medi-Cal ودليل مقدم خدمة نظام صرف الدواء المقنن لبرنامج Medi-Cal إلى محل إقامتي خلال 5 أيام من تاريخ اليوم.	<input type="checkbox"/>
أرسل إلى: _____ (التاريخ) _____ (الحروف الأولى من اسم الموظف)	
أو	
تلقيت دليل نظام صرف الدواء المقنن لبرنامج Medi-Cal ودليل مقدم خدمة نظام صرف الدواء المقنن لبرنامج Medi-Cal (نسخة ورقية) <input type="checkbox"/> طباعة عادية <input type="checkbox"/> الطباعة بأحرف كبيرة	
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	تلقيت نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	أكملت إشعار ممارسات الخصوصية
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	تلقيت نسخة من استمارة المعلومات لفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	تلقيت نسخة وأوافق على اتباع قواعد وسياسات عيادة OC Substance Use Disorder (SUD)
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	تلقيت نسخة وأقبل استمارة السرية الخاص بعيادة OC SUD
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	تم توجيهي (أو إذا كنت قاصراً لا أقود سيارة، يوجه الشخص البالغ المرافق) بشأن قواعد مقعد السيارة، وحصلت على معلومات مكتوبة عن هذا الأمر.
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	تلقيت عرضاً للتسجيل في سجل الناخبين. وإذا كنت أصغر من 18 عامًا، يُعرض التسجيل على الأشخاص البالغين المرافقين.
توجيه الرعاية الصحية المُسبق (AD) – (للمنتفعين البالغين 18 عامًا أو أكبر)	
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لقد تلقيت ورقة معلومات التوجيه المُسبق التاريخ: _____/_____/_____
أعطي اليوم فريق عمل برنامج الصحة العقلية (MHP) التوجيه المُسبق الخاص بي (التوقيع بالحروف الأولى من الاسم) _____/_____/_____	
التوقيعات	
توقيع المنتفع/الوصي القانوني: _____	تاريخ التوقيع: _____
توقيع فريق عمل DMC-ODS: _____	تاريخ التوقيع: _____