

من ترجیح می دهم مطالب اطلاع رسانی را به این زبان دریافت کنم: _____
(کارکنان BHP باید این فرم را به مراجعه کنندگان، سرپرست قانونی یا قیم قانونی بررسی و تکمیل کنند.)

مطالب اطلاع رسانی به صورت صوتی ارائه شده است

به من پیشنهاد شد/از من پرسیده شد که آیا می خواهم کتابچه راهنمای اعضای برنامه سلامت رفتاری مدیکل (BHP) را در یک فایل صوتی که در وبسایت سازمان مراقبتهای بهداشتی HCA به زبان درخواستی و ترجیحی منتشر شده بود، را داشته باشم.

بله خیر

من دریافت لینک نسخه صوتی کتابچه راهنما در وب سایت HCA رد کردم
 من درخواست کردم و لینک ضبط صوتی را در وب سایت HCA دریافت کردم

مطالب اطلاع رسانی (گزینه های مربوطه را در زیر مشخص کنید)

1. من لینک های کتابچه راهنمای اعضا تحت پوشش و فهرست ارائه دهندگان خدمات را دریافت کردم:
دفترچه راهنمای خدمات تخصصی سلامت روان: http://www.ochealthinfo.com/bhs/about/medi_cal
یا
راهنمای سیستم خدمات درمان مواد مخدر: <http://www.ochealthinfo.com/DMC-ODS>
و
لینک فهرست ارائه دهندگان: <https://BHPPProviderDirectory.ochca.com>
یا

2. من درخواست کردم کتابچه راهنمای اعضای طرح سلامت رفتار مدیکل و فهرست ارائه دهنده خدمات ظرف 5 روز از تاریخ امروز به محل سکونت من ارسال شود (پست شده): _____ (تاریخ) _____ (حروف اول نام کارمند)

یا

3. من کتابچه راهنمای اعضا و فهرست ارائه دهندگان خدمات سلامت رفتاری مدیکل (نسخه چاپی) را دریافت کردم
 چاپ بزرگ چاپ معمولی

یک نسخه از اطلاعیه (نام برنامه) _____ درباره شیوه های حفظ حریم خصوصی دریافت کر بله خیر

من دریافت اطلاعیه رعایت حریم خصوصی را تکمیل کردم بله خیر

من (یا بزرگسال همراه با فرد زیر سن قانونی غیرراننده ام) از قانون صندلی ماشین مطلع شده و اطلاعات کتبی دریافت کرده ام. بله خیر

من 18 سال یا بیشتر سن دارم و به من پیشنهاد ثبت نام رأی دهنده داده شده است. اگر زیر 18 سال بود، به بزرگسال(های) همراه داده می شد. بله خیر

دستورالعمل پیشاپیش پزشکی برای مراقبت های بهداشتی (AHCD) (مراجعه 18 سال به بالا) ارائه دهندگان CYS: این بخش را در بررسی آینده پس از رسیدن مراجعه به 18 سالگی تکمیل کنید

فرم اطلاعات دستورالعمل پیشاپیش پزشکی برای مراقبت های بهداشتی (AHCD) به من داده شده است
تاریخ: ____/____/____ بله خیر

امروز یک نسخه از دستورالعمل پیشاپیش پزشکی خود را تحویل دادم: ____/____/____ (تاریخ) _____ (حروف اول نام مراجعه کننده)

امضاها

امضای مراجعه کننده یا قیم قانونی/سرپرست: _____ تاریخ: ____/____/____

امضای کارکنان BHP: _____ تاریخ: ____/____/____