

اسم العميل
تاريخ الميلاد
رقم السجل الطبي
(MEDICAL RECORD NUMBER, MRN)

Health Care Agency
خطة الصحة السلوكية (BHP)
قائمة مراجعة إجراءات القبول والإرشاد



أفضل تلقي المواد الإعلامية باللغة التالية:
(يجب أن يقوم موظفو خطة الصحة السلوكية (Behavioral Health Plan, BHP) بمراجعة هذا النموذج وإكماله مع العميل أو المكلف بالوصاية أو الوصي القانوني.)

المواد الإعلامية المقدّمة بصيغة صوتية

لقد عُرض علي أو سُئلت إذا كنت أريد كتيب الأعضاء لخطة الصحة السلوكية (BHP) من Medi-Cal في صورة تسجيل صوتي منشور على موقع HCA الإلكتروني بلغتي المفضلة. نعم لا

رفضت تلقي رابطاً للإصدار الصوتي من الكتيب على موقع HCA الإلكتروني لقد طلبت الرابط إلى التسجيل الصوتي لموقع HCA الإلكتروني وتلقيته

المواد الإعلامية (ضع علامة في جميع المربعات المطلوبة أدناه)

1. لقد تلقيت رابطي كتيب الأعضاء ودليل مزود الخدمة:
http://www.ochealthinfo.com/bhs/about/medi_cal
كتيب خدمات الصحة النفسية المتخصصة:
أو
<http://www.ochealthinfo.com/DMC-ODS> (DMC-ODS) Medi-Cal لبرنامج
أو
رابط دليل مزود الخدمة: <https://BHPProviderDirectory.ochca.com>
أو
2. لقد طلبت إرسال كتيب الأعضاء لـ BHP لدى Medi-Cal ودليل مزود الخدمة إلى محل إقامتي خلال 5 أيام من تاريخ اليوم (العنوان البريدي: _____ (التاريخ) _____ (الأحرف الأولى من اسم الموظف))
أو
3. لقد تلقيت كتيب الأعضاء لـ BHP لدى Medi-Cal ودليل مزود الخدمة (نسخة ورقية) طباعة بخط عادي طباعة بخط كبير

لقد تلقيت نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية لـ _____ (اسم البرنامج) نعم لا

أقر باستلام إشعار ممارسات الخصوصية نعم لا

تمت توصيتي أنا (أو مرافق بالغ بصاحب قاصرًا غير قادر على القيادة) باتباع قانون توفير مقعد للأطفال بالسيارة وتزويدي بمعلومات مكتوبة عنه. نعم لا

أبلغ من العمر 18 عامًا أو أكبر وعرضت علي خدمة تسجيل الناخبين. أما إذا كان العمر أصغر من 18 عامًا، فقد عرضت الخدمة على البالغ المرافق (البالغين المرافقين). نعم لا

التوجيه المسبق للرعاية الصحية (Advance Health Care Directive, AHCD) (للمعلاء البالغين من العمر 18 عامًا وأكبر) (مزودو خدمات CYS: أكمل هذا القسم في المراجعة القادمة بعد أن يبلغ العميل 18 عامًا.)

أقر باستلام نموذج معلومات التوجيه المسبق للرعاية الصحية (AHCD) التاريخ: ____/____/____ نعم لا

لقد قدمت نسخة من نموذج AHCD الخاص بي اليوم: ____/____/____ (التاريخ) ____ (الأحرف الأولى من اسم العميل)

التوقيعات

توقيع العميل أو المكلف قانونًا بالوصاية أو الوصي القانوني: ____ التاريخ: ____/____/____

توقيع موظف BHP: ____ التاريخ: ____/____/____