



سازمان مراقبت های بهداشتی (Health Care Agency, HCA)
برنامه بهداشت روانی (Mental Health Plan, MHP)
فرم (چک لیست) مصاحبه اولیه و مشورت

Consumer's name

من ترجیح میدهم که اطلاعات و منابعی را که دریافت میکنم به زبان _____ باشد.
کارمندان MHP باید با سرپرست قانونی مشتری این فرم را بررسی و تکمیل کنند.

ارزیابی نیاز ارائه اطلاعات و منابع به صورت سی دی یا سایر قالب های صوتی

در مورد اینکه آیا راهنمای برنامه بهداشت روانی (ام اچ پی) مدیکال را به زبان ترجیحی خود را روی سی دی میخواهم یا به صورت فایل ضبط شده صوتی در وب سایت اچ سی ای از من پرسیدند. نه خیر

از قبول سی دی/پیوند خاص کشور به وب سایت اچ سی ای خودداری کردم
درخواست کردم و سی دی یا پیوند خاص کشور به وب سایت اچ سی ای به من داده شد

اطلاعات و منابع:

مشتریان برنامه بهداشت روانی (کادرهای مربوط را در زیر علامت بزنید)

پیوند http://ochealthinfo.com/bhs/about/medi_cal را دریافت کردم
(برای راهنمای برنامه بهداشت روانی (ام اچ پی) مدیکال و فهرست ارائه دهنده ام اچ پی)

یا راهنمای برنامه بهداشت روانی (ام اچ پی) برای خدمات بهداشت روان مدیکال درخواست کردم و راهنمای ارائه دهنده ام اچ پی ظرف 5 روز از تاریخ امروز به محل سکونت من ارسال شد.
آدرس گیرنده: _____ (تاریخ) _____ (حرف اول نام کارمند)

یا راهنمای برنامه بهداشت روانی (ام اچ پی) برای خدمات بهداشت روانی مدیکال و راهنمای ارائه دهنده ام اچ پی را دریافت کردم
(نسخه چاپی) حروف معمولی حروف درشت

بله خیر یک نسخه از اعلامیه مربوط به عملکردهای محرمانه را دریافت کردم.

بله خیر فرم رسید اعلامیه مربوط به عملکردهای محرمانه را تکمیل کردم.

بله خیر در مورد مقررات کاربرد صندلی مخصوص کودکان توصیه های لازم به من (یا اگر فرد زیر هجده سال هستم به بزرگسال همراه) شد و اطلاعات کتبی هم داده شد.

بله خیر به من (یا اگر زیر هجده سال هستم به بزرگسال همراه) پیشنهاد ثبت نام برای رای دادن شد.

فرم "اطلاعات پیش دستورالعمل" (AD) - فقط برای افراد بالای هجده سال

بله خیر فرم اطلاعات "پیش دستورالعمل" به من داده شد.
تاریخی که فرم اطلاعات "پیش دستورالعمل" (ای دی ای اس) به من داده شد: ____/____/____

فرم "پیش دستورالعمل" را امروز به کارکنان برنامه بهداشت روانی (ام اچ پی) دادم
____/____/____ (تاریخ) (پاراف)

امضاء ها:

امضای مصرف کننده یا سرپرست قانونی _____ تاریخ امضاء ____/____/____

امضای کارمند ام اچ پی _____ تاریخ امضاء ____/____/____