

وكالة الرعاية الصحية (Health Care Agency, HCA)
قائمة التدقيق الموصي بها/الجرعة
نظام صرف الدواء المقتن لبرنامج Medi-Cal
(DMC-ODS)
وقائمة تناول نصيحة اضطراب تعاطي المواد المخدرة (SUD)

Beneficiary's name

أفضل تلقي المواد الإعلامية باللغة التالية:	
(يجب على موظفي نظام صرف الدواء المقتن لبرنامج Medi-Cal (DMC-ODS) مراجعة هذا النموذج واستيفاءه مع المُنتفع أو الوصي القانوني)	
تقديم الحاجة إلى مواد إعلامية على قرص مضغوط (CD) أو التنسيقات الصوتية الأخرى	
تلقيت عرضًا/سُئلت عما إذا كنت أريد الحصول على دليل نظام صرف الدواء المقتن 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) طلبت وتلقيت القرص المضغوط (CD) أو رابط المقاطعة إلى موقع وكالة الرعاية الصحية (HCA) بلغتي المفضلة	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
مواد إعلامية:	
المنتفعون من نظام صرف الدواء المقتن لبرنامج Medi-Cal (DMC-ODS) (حدد المربعات المناسبة أدناه)	
تلقيت الرابط http://ohealthinfo.com/DMC-ODS الخاص بدليل نظام صرف الدواء المقتن لبرنامج Medi-Cal ودليل مقدم خدمة نظام صرف الدواء المقتن لبرنامج Medi-Cal	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
طلبت إرسال دليل نظام صرف الدواء المقتن لبرنامج Medi-Cal ودليل مقدم خدمة نظام صرف الدواء المقتن لبرنامج Medi-Cal إلى محل إقامتي خلال 5 أيام من تاريخ اليوم.	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
أُرسل إلى: _____ (التاريخ) _____ (الحروف الأولى من اسم الموظف) أو	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
تلقيت دليل نظام صرف الدواء المقتن لبرنامج Medi-Cal ودليل مقدم خدمة نظام صرف الدواء المقتن 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"/>
تم توجيهي (أو إذا كنت قاصرًا 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 عرضًا للتسجيل في سجل الناخبين. وإذا كنت أصغر من 18 عامًا، يُعرض التسجيل على الأشخاص البالغين المرافقين.	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
توجيه الرعاية الصحية المُسبق (AD) -- (للمنتفعين البالغين 18 عامًا أو أكبر)	
لقد تلقيت ورقة معلومات التوجيه المُسبق التاريخ: _____/_____/_____	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
أعطيت اليوم فريق عمل برنامج الصحة العقلية (MHP) التوجيه المُسبق الخاص بي التاريخ (التوقيع بالحروف الأولى من الاسم) _____/_____/_____	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
التوقيعات	
توقيع المنتفع/الوصي القانوني: _____ تاريخ التوقيع: _____	توقيع فريق عمل DMC-ODS: _____ تاريخ التوقيع: _____