

سامانه ارائه خدمات مدیکل
سیستم ارائه خدمات دراگ مدیکل (DMC-ODS)
فرم (چک لیست) مصاحبه اولیه و مشورت

نام مراجعه کننده

من ترجیح میدهم که اطلاعات و منابعی را که دریافت میکنم به زبان _____ باشد.
(کارمندان DMC-ODS باید با مراجعه کننده یا سرپرست قانونی او این فرم را مرور تکمیل کنند.)

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

از من پرسیدند در مورد اینکه آیا راهنمای سامانه ارائه خدمات دراگ مدیکل (DMC-ODS) را به زبان
ترجیحی خود روی سی دی میخواهم یا به صورت فایل ضبط شده صوتی در وب سایت کانتی (HCA).
 نه خیر

از قبول سی دی یا لینک وب سایت کانتی (HCA) خودداری کردم
 سی دی یا لینک وب سایت کانتی (HCA) را درخواست کردم و به من داده شد

اطلاعات و منابع:

دریافت کنندگان خدمات دراگ مدیکل (DMC-ODS) (کادرهای مربوط را در زیر علامت بزنید)

پیوند <http://www.ochealthinfo.com/DMC-ODS> را دریافت کردم
(برای راهنمای سامانه ارائه خدمات دراگ مدیکل (DMC-ODS) و فهرست ارائه دهنده گان خدمات ان)

راهنمای سامانه ارائه خدمات دراگ مدیکل (DMC-ODS) و فهرست ارائه دهنده گان خدمات رادرخواست
کردم که ظرف 5 روز از تاریخ امروز به محل سکونت من ارسال شود.
تاریخ ارسال فرم _____ (حرف اول نام کارمند) _____

راهنمای سامانه ارائه خدمات دراگ مدیکل (DMC-ODS) و فهرست ارائه دهنده گان خدمات را دریافت کردم
(نسخه چاپی) حروف معمولی حروف درشت

بله خیر یک نسخه از اطلاعاتی کاربرد اطلاعات خصوصی را از (اسم مرکز درمانی)----- دریافت کردم.

بله خیر من فرم دریافت اطلاعاتی کاربرد اطلاعات خصوصی مراجعه کنندگان را کامل کردم.

بله خیر یک نسخه از اطلاعاتی مربوط به ویروس نقص ایمنی اکتسابی انسان (HIV) اچ ای وی/ایدز را دریافت کردم.

بله خیر یک نسخه از اطلاعاتی قوانین ومقررات مراکز درمانی اورنج کانتی در رابطه با درمان اختلالات مواد مخدر (SUD) را
دریافت کردم و ازان تبعیت میکنم.

بله خیر یک نسخه از فرم اطلاعات بهداشتی محرمانه مراکز درمانی اورنج کانتی در رابطه با درمان اختلالات مواد مخدر (SUD)
را دریافت کردم و مفاد ان را قبول می نمایم.

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

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

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

بله خیر فرم اطلاعات "پیش دستورالعمل های مراقبت بهداشتی" به من داده شد.
تاریخی که فرم اطلاعات "پیش دستورالعمل های مراقبت بهداشتی" به من داده شد: ____/____/____

فرم "دستورالعمل های مراقبت بهداشتی" خود را امروز به کارکنان طرح دادم.
____/____/____ (تاریخ) (حرف اول نام وفامیل)

امضاء ها:

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

امضای کارمند DMC-ODS _____ تاریخ امضاء ____/____/____