

보건소
 약물 메디칼 조직 제공 시스템
 (DMC-ODS) 및 약물 사용 장애 (SUD)
 인테이크/자문 체크리스트

Beneficiary's name

본인은 다음 언어로 된 안내문을 받고 싶습니다: _____
 (DMC-ODS 직원은 소비자 또는 법적 보호자와 이 양식을 검토한 후 함께 작성해야 합니다.)

CD 또는 기타 오디오 형식 파일에 수록된 안내문 필요 평가

본인은 본인이 선호하는 기본 언어로 HCA 웹사이트에 게재된 약물 메디칼 조직 제공 시스템 (DMC-ODS) 핸드북을 CD 또는 오디오 녹음 형식으로 제공받고자 하는지 예 아니요 제안/질문을 받았습니까.

본인은 CD/HCA 웹사이트로 연결되는 카운터 링크를 받는 것을 거부했습니다.
 본인은 본인이 원하는 언어로 된 CD 또는 HCA 웹사이트로 연결되는 카운터 링크를 요청했고 수령받았습니다.

안내 도구

약물 메디칼 조직 제공 시스템 (DMC-ODS) 소비자 (아래에서 해당되는 확인란에 체크 표시하십시오)

본인은 <http://www.ochealthinfo.com/DMC-ODS> 링크를 받았습니까.
 (약물 메디칼 조직 제공 시스템 (DMC-ODS) 소비자 핸드북 및 제공자 명단)
 또는
 본인은 약물 메디칼 조직 제공 시스템 (DMC-ODS) 소비자 핸드북 및 제공자 명단을 오늘 날짜를 기준으로 5 일 이내에 본인의 자택 주소로 발송할 것을 요청하였습니다.
 발송: _____ (날짜) _____ (직원 이니셜)

또는
 본인은 약물 메디칼 조직 제공 시스템 (DMC-ODS) 소비자 핸드북 및 제공자 명단을 다음 형태로 수령받았습니다.
 (인쇄본) 보통 활자 큰 활자

본인은 개인정보보호 실시 통지서의 사본을 1 부 받았습니까. 예 아니요

본인은 개인정보보호 실시 통지서의 수령증을 작성했습니다. 예 아니요

본인은 (Human Immunodeficiency Virus) HIV 정보의 양식을 받았습니까. 예 아니요

본인(또는 비 운전 미성년자일 경우, 동반 성인)은 자동차 좌석 규제에 관하여 기록된 안내에 관한 조언을 받았고, 제공받았습니다. 예 아니요

본인은 유권자 등록 요청을 받았습니까. 본인이 18 세 미만일 경우, 이 요청은 동반 성인이 받았습니까. 예 아니요

사전의사결정서 (AD) (18 세 이상의 소비자만 해당)

본인은 사전의사결정서 정보 용지(ADIS)를 받았습니까 예 아니요
 수령일자: _____/_____/_____

본인은 오늘 DMC-ODS 실무자에게 본인의 사전의사결정서를 주었습니다. _____/_____/_____(날짜) _____(성명의 첫글자)

Signatures

소비자/법적 보호자 서명: _____ 서명일자: _____

DMC-ODS 실무자 서명: _____ 서명일자: _____