

**Hệ Thống Phân Phối Do Drug Medi-Cal Tổ Chức (DMC-ODS)
Trắc Nghiệm Khi Tiếp Nhận / Thẩm Định**

Tên Bệnh Nhân

**Tôi muốn được nhận những Tài Liệu Thông Tin viết bằng tiếng: _____
(Nhân viên DMC-ODS phải xem qua và hoàn tất đơn này cùng với bệnh nhân hoặc người giám hộ hợp pháp)**

Nhu cầu về Tài Liệu Thông Tin bằng CD hoặc bằng hình thức thu sẵn khác

Tôi đã được hỏi có cần Cẩm Nang Về Phúc Lợi (kế hoạch) của Medi-Cal DMC-ODS bằng CD hoặc bằng băng thu sẵn đăng trên trang mạng của HCA bằng ngôn ngữ chính của tôi Có Không

- Tôi đã từ chối nhận CD / địa chỉ trang mạng của HCA
 Tôi đã yêu cầu và đã nhận được CD hoặc địa chỉ trang mạng của HCA

Tài Liệu Thông Tin:

**Dành Cho Bệnh Nhân Trong Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần
(xin đánh dấu vào những ô thích hợp)**

Tôi đã nhận được địa chỉ mạng <http://ochealthinfo.com/DMC-ODS>
(Cho Cẩm Nang Về Phúc Lợi của Medi-Cal DMC-ODS và Danh Bạ Những Nhà Cung Cấp Dịch Vụ của DMC-ODS)

HOẶC

Tôi đã yêu cầu Cẩm Nang Về Phúc Lợi của Medi-Cal DMC-ODS và Danh Bạ Những Nhà Cung Cấp Dịch Vụ của DMC-ODS gửi tới nơi ở của tôi trong vòng 5 ngày kể từ hôm nay
Gửi đi: _____ (Ngày) _____ (Tên viết tắt của nhân viên)

HOẶC

Tôi đã nhận được Cẩm Nang Về Phúc Lợi của Medi-Cal DMC-ODS và Danh Bạ Những Nhà Cung Cấp Dịch Vụ của DMC-ODS
(Bản in trên giấy) Chữ cỡ thường Chữ cỡ lớn

Tôi đã nhận được bản Thông Báo về Riêng Tư Có Không

Tôi đã hoàn tất chứng nhận có được bản Thông Báo Về Quyền Riêng Tư Có Không

Tôi đã nhận được một bản sao của thông tin về Virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) Có Không

Tôi đã nhận được một bản sao và đồng ý tuân theo các Quy tắc và Chính sách của Phòng khám Rối loạn Sử dụng Chất OC (SUD) Có Không

Tôi đã nhận được một bản sao và chấp nhận Biểu mẫu bảo mật của Phòng khám OC SUD Có Không

Tôi (hoặc nếu là trẻ vị thành niên đi chung xe do người lớn cầm lái) đã được khuyến cáo và cung cấp tài liệu thông tin về Luật Lệ Ghế Ngồi Xe Hơi Cho Trẻ Em Có Không

Tôi đã được mời Ghi Danh Bầu Cử. Nếu chưa đến 18 tuổi, người lớn đi cùng tôi đã được mời. Có Không

Hướng Dẫn Sẵn Trước Việc Chăm Sóc Sức Khỏe (AD) – Chỉ dành cho bệnh nhân 18 tuổi trở lên

Tôi đã nhận được tờ Hướng Dẫn Sẵn Trước Việc Chăm Sóc Sức Khỏe (AD)
Ngày Nhận: ____/____/____ Có Không

Tôi đã đưa cho nhân viên DMC-ODS tờ AD của tôi ngày hôm nay: ____/____/____ (Ngày)
_____(Tên viết tắt)

**Hệ Thống Phân Phối Do Drug Medi-Cal Tổ
Chức (DMC-ODS)
Trắc Nghiệm Khi Tiếp Nhận / Thẩm Định**

Tên Bệnh Nhân

Chữ ký

Chữ Ký Của Bệnh Nhân / Người Giám Hộ: _____ Ngày Ký: _____

Chữ Ký Nhân Viên DMC-ODS: _____ Ngày Ký: _____