

وكلاء الرعاية النفسية في مقاطعة أورانج
خدمات الصحة العقلية
مخاض تشخيصي في مجال خدمات

ORANGE COUNTY HEALTH CARE AGENCY
BEHAVIORAL HEALTH SERVICES
INFORMED CONSENT FOR SERVICES

لموافقة لاعامة

General Consent

وفظلل قنونا لجاللي، سبقتل قهت شرح ملهلي: طيعه ولا غرض ملن تقهيم للمعروض اللاني قوشمل قهى الاخبارات لهنسيه، وطيعه لالعلاج لهنسي، والعالجات لهليله، وطرق لالعلاج الاخرى بملهي لقل بديل عد وجود علاج، ولأفلمه الم خاطر للتي تقطوي قهى لك. أولق وأخولل حصول قهى لخدمات للتي لضرورية لصحي واهيبي:

In accordance with existing law, the following has been explained to me: the nature and purpose of the proposed evaluation (which may include psychological testing), the nature of psychotherapy, alternative therapies, and other treatment methods including the alternative of no therapy, and I understand the risks involved. I consent and authorize the following services necessary for my health and well-being:

1. لتقهم
2. الانتشاره أول علاج
3. لتقهم لجماعي أول علاج
4. الدعم للدوائي
5. إداره لاله (قهى سيول البنال؛ الإحالات، الربط، الانتشارات)
6. الفحص تحت الملاحظة والرص للمواد والأدوية الأخرى للتي قمتشر قهى لصحي واهيبي.

1. Assessment
2. Counseling or Therapy
3. Group Education or Therapy
4. Medication Support
5. Case Management (e.g., referrals, linkage, consultations)
6. Monitored screening for substances and other drugs that effect my health and well-being

لأفلمه أن القبول ولاش ارك قين نظام الصرحه للهل ولهي. هو أمر طوعي ولاي يعبر شرطاً للهل، الل حصول قهى لخدمات للمصحيه الأخرى.

I understand that acceptance and participation in the Behavioral Health system is voluntary and shall not be considered a prerequisite for access to other community services.

وإقتنيس تقيدا مزبنا امج Medi-Cal فقل أفلمه أني اعظم ليل حقني طب خدمات Medi-Cal أو Short Doyle/ Medi-Cal الأخرى لقله لا مترداد لك كليل وي حقلني أن أطببت قغير جزوال خدم، ش خص من لموهلين، لم علاج و/أو مجر لاله.

If I am a Medi-Cal beneficiary, I understand that I retain the right to request other Medi-Cal or Short Doyle/Medi-Cal reimbursable services and have the right to request a change of provider, staff person, therapist, and/or case manager.

قديهم الاتصال بجيل مش لقي في لهن ام جم أجل تقهم لاله فو لقدم الم حرز. ل أفلمه ل مل كليل اعيار عدم الإجهه قهى أي سؤالي أي وقت لا ارض فيل ابلك.

I may be contacted after my participation in the program has ended to evaluate my progress and condition. I understand that I may choose not to answer any questions at that time if I do not wish to do so.

أنا راضية بالخدمات التي تلقيتها ولم أجد حاجة لشكاوى أو اعتراضات على الخدمات التي تلقيتها. أنا متأكد من أنني قد قرأت فهمت وأوافق على ما سبق
و حصلت على نسخة في (هـ) يجب إعطائنا نسخة من هذا المستند للمريض و/أو الوكيل/أو الوكيلته أو الطرف للمريض).

I am satisfied that I have received all the information I need to make an informed decision about my services. I certify that I have read, understand and agree with the above and have received a copy. (A copy of this document is to be given to the client or to her/his agent or responsible party.)

لمريض العميل
Client/Participant Name

التاريخ
Date

توقيع العميل
Client/Participant Signature

التاريخ
Date

توقيع الطرف للمريض
Responsible Party / Representative Signature

التاريخ
Date

توقيع مزود الخدمة
Provider / Witness Signature