

آژانس مراقبت بهداشتی کانتی اورنج
خدمات بهداشت رفتاری
رضایت مطلعانه برای دریافت خدمات

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

رضایت عمومی

General Consent

بر طبق قوانین موجود، موارد زیر برای من توضیح داده شده است: طبیعت و هدف ارزیابی پیشنهادی (که ممکن است شامل آزمایش های روانشناسی باشد)، طبیعت روان درمانی، معالجات جایگزین، روشهای دیگر معالجه شامل انتخاب عدم انجام روان درمانی، و من خطرات موجود را درک می کنم. من رضایت می دهم و اعمال روشهای ضروری زیر را برای سلامتی و به زیستی خود تایید می کنم:

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, other treatment methods including the alternative of no therapy, and I understand the risks involved. I consent and authorize the following procedures necessary for my health and well-being:

1. ارزیابی
2. مشاوره یا درمان
3. آموزش یا درمان گروهی
4. حمایت داروئی
5. مدیریت پرونده (برای مثال، ارجاعات، ارتباط، مشاوره)
6. آزمایش های نظارت شده برای مواد و داروهای دیگر که بر سلامتی و به زیستی من تأثیر می گذارند

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

من درک می کنم که قبول و مشارکت در این سیستم بهداشت رفتاری داوطلبانه است و به عنوان پیش شرطی برای دسترسی به خدمات دیگر جامعه تلقی نخواهد شد.

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.

اگر من بهره گیرنده از مزایای Medi-Cal هستم، درک می کنم که حق درخواست سایر خدمات Medi-Cal یا خدمات باز پرداختی Short Doyle/Medi-Cal را دارم و حق درخواست عوض کردن عرضه کننده خدمات، کارمند، درمانگر و/یا مدیر پرونده را دارم.

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.

ممکن است بعد از پایان مشارکت در این برنامه، برای ارزیابی پیشرفت و شرایط من با من تماس گرفته شود. من این موضوع را درک می کنم که میتوانم در آن زمان اگر مایل نباشم به هیچ سئوالی پاسخ ندهم.

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.

من از اینکه همه اطلاعات مورد نیاز برای تصمیم گیری مطلعانه درباره خدمات خود را دریافت کرده ام رضایت دارم. من تصدیق می کنم که موارد بالا را خوانده، درک کرده و با آن موافقت کرده ام و یک نسخه از آن را دریافت کرده ام. (یک نسخه از این مدرک باید به مشتری یا نماینده او و یا طرف مسئول داده شود.)

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.)

نام مشتری/مشارکت کننده
Client / Participant Name

تاریخ امضاء
Date

امضای مشتری/مشارکت کننده
Client / Participant Signature

تاریخ امضاء
Date

امضای طرف مسئول / نماینده
Responsible Party / Representative Signature

تاریخ امضاء
Date

امضای شاهد / عرضه کننده خدمات
Provider / Witness Signature