

رضایت برای:

نام برنامه:

خدمات سلامت رفتاری شهرستان سن دیگو (BHS) مراقبت سلامت روانی و مصرف مواد را ارائه می کند. هنگامی که خدمات را دریافت می کنید، پرسش هایی درباره سلامت روانی و مصرف مواد از شما پرسیده خواهد شد. فرایند پرسیدن و پاسخ دادن به این پرسش ها، یک ارزیابی نامیده می شود. فهمیدن نیازهای شما به ما کمک می کند تا یک برنامه مراقبت را باهم ایجاد کنیم. برنامه ما بر پایه دانستن توانایی ها و چالش های شما است و خدمات و کارهایی را شامل می شود که شما و افراد مهم در زندگی تان، می توانید دریافت کنید تا احساس بهتری داشته باشید. ما شما را به مشارکت با ما برای بهبود سلامت و تندرستی تان برای ایجاد یک زندگی سالم، ایمن و پر رونق دعوت می کنیم.

### رضایت برای خدمات

رضایت برای خدمات یعنی شما انواع خدماتی را که در این برنامه به شما ارائه می شوند می شناسید. خدمات مجاز با این رضایتنامه، بر پایه نیازهای شما خواهند بود و آنچه شما می گوئید مهم است. شما کمک می کنید تا درباره خدماتی که دریافت می کنید تصمیم گیری شود. انواع خدمات عبارتند از:

- ارزیابی و بررسی درباره سلامت روانی و/یا مصرف مواد
- مشاوره (به صورت گروهی/یا فردی) برای سلامت روانی و/یا مصرف مواد
- خدمات مدیریت موردی (پیدا کردن منابع برای کمک به شما)
- خدمات دارو
- دیدار با یک پزشک و/یا پرستار درباره داروها. این ممکن است شامل دریافت منابع برای نیازهای سلامت فیزیکی یا تست های آزمایشگاهی باشد تا به پزشک شما در نظارت بر سلامت یا داروهای شما کمک کند.
- خدمات دیگر که به شما کمک می کنند تا به اهداف خود برسید

خدمات ممکن است به صورت شخصی (رو در رو) یا تلفنی ارائه شوند. این امر به صورت روان درمانی تلفنی نیز که به معنی دیدار با یک روانپزشک از طریق یک سیستم گفتگوی ویدیویی است، ممکن است. خدمات ممکن است توسط یک پزشک، پرستار، مشاور، همکار حمایت از خانواده/شریک زندگی، دانشجوی کارآموز یا کارکنان دیگر ارائه شوند.

من می دانم که حق دارم:

- که درباره پرسش ها و پاسخ ها درباره تشخیص و مراقبت من، توضیح داده شود
- نسخه ای از این رضایتنامه را داشته باشم
- به این رضایت هر لحظه پایان دهم
- پزشک با من درباره فواید و خطرات داروها بحث کند
- شکایت یا اعتراضی را بدون پی آمدهای منفی تنظیم کنم

رضایت برای خدمات

شهرستان سن دیگو

آژانس خدمات سلامت و انسان

خدمات سلامت رفتاری (BHS)

برنامه های بزرگسال/بزرگسالان سالمند و کودکان، بزرگسالان جوان و خانواده ها

نام متقاضی:

شماره شناسایی سوابق متقاضی:

برنامه:

## اطلاعات مهم:

- a. قانون ملزم می دارد که اگر شما قصد صدمه زدن به فرد دیگری را داشته باشید، BHS به افراد و نهادها اطلاع دهد.
- b. قانون ملزم می دارد که ما هرگونه سوء ظن نسبت به سوء استفاده، غفلت یا آزار کودکان را گزارش کنیم تا از خردسالان محافظت شود. همچنین، موارد شبهه انگیز بزرگسالان وابسته و سوء استفاده از سالمندان گزارش داده می شوند. ما همه تلاش مان را به کار خواهیم گرفت تا به شما کمک کنیم تا وضعیت خود را بدانید و علت لزوم ارائه این گزارش ها را شرح دهیم.
- c. قانون ملزم می دارد که در صورت وجود نگرانی های جدی مرگ در اثر خودکشی، یا اگر شما قادر به مراقبت از خود نیستید، ما باید برای هماهنگی بستری کردن به نهادها اطلاع دهیم. ما همه تلاش مان را به کار خواهیم گرفت تا این کار را با شما انجام دهیم، طوری که بتوانیم وضعیت شما را درک کنیم و علت لزوم ارائه این گزارش ها را شرح دهیم.
- d. هنگامی که بیمه درمان هزینه خدمات شما را می پردازد، اطلاعات مربوط به خدمات شما ممکن است بین ارائه کننده خدمات شما و شرکت بیمه رد و بدل شود.
- e. یک خردسال که 12 سال یا بیشتر سن دارد، اگر به اندازه کافی بالغ است که در خدمات سلامت روانی/اختلال مصرف مواد شرکت کند، می تواند برای خدمات سلامت رفتاری رضایت دهد.

خدمات سلامت رفتاری شهرستان سن دیگو، معتقد به سلامت و تندرستی کامل شما است.

- محل های برنامه ما ایمن و عاری از الکل و داروهای غیرقانونی هستند
- ما می خواهیم بدانیم چه چیز به شما کمک می کند (مانند موسیقی، ورزش، دوستان، خانواده)
- خدمات ممکن است 7 روز هفته و به صورت 24 ساعته در دسترس نباشند. شما می توانید به صورت 24 ساعته با خط دسترسی و بحران یعنی 1-888-724-7140 تماس بگیرید. در وضعیت اضطراری، با شماره 911 تماس بگیرید یا به نزدیکترین اتاق اورژانس مراجعه کنید. ما می توانیم با یک برنامه به شما کمک کنیم.

من این فرم را خوانده ام یا برای من خوانده یا شرح داده شده است. من این اطلاعات را می فهمم و با پذیرش خدمات موافقت می کنم. این رضایت، هنگامی که من اعلام می کنم باید پایان یابد و/یا هنگامی که خدمات کنونی من به پایان می رسند، پایان خواهد یافت.

امضای متقاضی \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

امضای والدین/سرپرست قانونی \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

امضای شاهد \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

رضایت برای خدمات

شهرستان سن دیگو

آژانس خدمات سلامت و انسان

خدمات سلامت رفتاری (BHS)

برنامه های بزرگسال/بزرگسالان سالمند و کودکان، بزرگسالان جوان و خانواده ها

HHS:A:BHS (06-01-15)

نام متقاضی:

شماره شناسایی سوابق متقاضی:

برنامه: