

|                   |             |                   |
|-------------------|-------------|-------------------|
| Beneficiary Name: |             | Program Name:     |
| Birthdate:        | Admit date: |                   |
| INSYST #:         |             |                   |
|                   |             | RU #, if applies: |

## Acknowledgement of Receipt

### Consent for Services

As described on page one of this packet, your signature below gives your consent to receive voluntary behavioral health care services from this provider. If you are a beneficiary’s legal representative, your signature gives that consent.

### Informing Materials

Your signature also means that the materials marked below were discussed with you in a language or way that you could understand, that you were given the Informing Materials packet for your records, and that you agree with the method of delivery for the Guide and Provider Directory as checked. You may request an explanation and/or copies of the materials again, at any time.

### Initial Notification

Please mark the boxes below to show which materials were discussed with you at admission or any other time.

- ☐ Consent for Services
- ☐ Freedom of Choice
- ☐ Confidentiality & Privacy
- ☐ Maintaining a Welcoming & Safe Place (*not a State-required informing material*)
- ☐ “Guide to Medi-Cal Mental Health Services” OR “Guide to Drug Medi-Cal Services”  
 Delivery:    ☐Web        ☐ E-mail        ☐Paper copy
- ☐ Provider Directory for Alameda County Behavioral Health Plan  
 Delivery:    ☐Web        ☐E-mail        ☐Paper copy
- ☐ Beneficiary Problem Resolution Information
- ☐ Advance Directive Information (*for age 18+ & when client turns 18*)  
     *Have you ever created an Advance Directive?*        ☐Yes        ☐No  
     *If yes, may we have a copy for our records?*        ☐Yes        ☐No  
     *If no, may we support you to create one?*        ☐Yes        ☐No
- ☐ Notice of Privacy Practices – HIPAA & HITECH
- ☐ Notice of Information 42 CFR PART 2: Information on Drug and Alcohol Patient Disclosure (*for clients receiving Substance Use Treatment services only*)

|                                                                           |       |
|---------------------------------------------------------------------------|-------|
| Beneficiary Signature:<br>(or legal representative, if applicable)        | Date: |
| Clinician/Staff Witness Initials:                                         | Date: |
| E-mail address for delivery of Guide & Provider Directory, if applicable: |       |

**Annual Notification:** Your provider must remind you each year that the materials listed above are available for your review. Please put your initials and the date in a box below to show when that happens.

|                  |                  |                  |                  |
|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Initials & date: | Initials & date: | Initials & date: | Initials & date: |
|                  |                  |                  |                  |

Use one box every year (see above) for the **beneficiary’s** initials & date (or their legal representative).

|                          |                 |                    |
|--------------------------|-----------------|--------------------|
| Tên Của Người Thụ Hưởng: |                 | Tên Chương Trình:  |
| Ngày Sinh:               | Ngày nhập viện: |                    |
| INSYST #:                |                 |                    |
|                          |                 | RU #, nếu áp dụng: |

## Xác Nhận Đã Nhận Được

### Thỏa Thuận cho Các Dịch Vụ

Như được miêu tả trên trang một của tập sách này, chữ ký của quý vị dưới đây chứng tỏ quý vị thỏa thuận để nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi tự nguyện từ nhà cung cấp này. Nếu quý vị là đại diện hợp pháp của người thụ hưởng, chữ ký của quý vị chứng tỏ sự thỏa thuận đó.

### Tài Liệu Thông Tin

Chữ ký của quý vị cũng có nghĩa là các tài liệu được đánh dấu bên dưới đã được thảo luận với quý vị bằng ngôn ngữ hoặc theo cách quý vị có thể hiểu, rằng quý vị đã được cung cấp tập sách Tài Liệu Thông Tin cho hồ sơ của mình, và quý vị đồng ý với phương thức giao hàng cho Phần Hướng Dẫn và Danh Mục Nhà Cung Cấp như đã kiểm tra. Quý vị có thể yêu cầu một lời giải thích và/hoặc bản sao của các tài liệu một lần nữa, bất cứ lúc nào.

### Thông Báo Ban Đầu

Xin quý vị vui lòng đánh dấu vào các ô bên dưới để cho thấy những tài liệu nào đã được thảo luận với quý vị khi nhập viện hoặc bất kỳ lúc nào khác.

- ☐ Thỏa Thuận cho Các Dịch Vụ
- ☐ Tự Do Chọn Lựa
- ☐ Bảo Mật & Quyền Riêng Tư
- ☐ Duy Trì một Nơi Chào Đón & An Toàn (*không phải là một tài liệu thông tin theo đòi hỏi của Tiểu Bang*)
- ☐ "Hướng Dẫn về Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần của Medi-Cal" HOẶC "Hướng Dẫn về Các Dịch Vụ Về Ma Túy của Medi-Cal"
 

Chuyển giao: ☐ Web ☐ E-mail ☐ Bản sao bằng giấy
- ☐ Danh Mục Nhà Cung Cấp cho Chương Trình Sức Khỏe Hành Vi Quận Alameda
 

Chuyển giao: ☐ Web ☐ E-mail ☐ Bản sao bằng giấy
- ☐ Thông Tin Giải Quyết Vấn Đề Cho Người Thụ Hưởng
- ☐ Thông Tin Về Chỉ Thị Trước (*cho từ 18 tuổi trở lên + & khi thân chủ được 18 tuổi*)
 

Quý vị có từng lập ra một Chỉ Thị Trước? ☐ Yes ☐ No  
 Nếu có, chúng ta có thể xin một bản sao để lưu vào hồ sơ của chúng tôi không? ☐ Yes ☐ No  
 Nếu không, chúng tôi có thể yểm trợ quý vị để lập ra một cái không? ☐ Yes ☐ No
- ☐ Thông Báo về Cách Bảo Vệ Quyền Riêng Tư – HIPAA & HITECH
- ☐ Thông Báo về Thông Tin 42 CFR PHẦN 2: Thông Tin về Việc Tiết Lộ Bệnh Nhân Nghiện Ma Túy và Rượu Bia (*chỉ dành cho thân chủ nào đang nhận các dịch vụ Điều Trị Bệnh Do Sử Dụng Chất Gây Nghiện*)

|                                                                                          |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Chữ Ký của Người Thụ Hưởng:<br>(hoặc người đại diện hợp pháp, nếu thích hợp)             | Ngày: |
| Chữ Ký Tắt của Bác Sĩ/Nhân Viên Làm Nhân Chứng:                                          | Ngày: |
| Địa chỉ E-mail để chuyển giao tài liệu Hướng Dẫn & Danh Mục Nhà Cung Cấp, nếu thích hợp: |       |



**Thông Báo Hàng Năm:** Nhà cung cấp của quý vị phải nhắc nhở quý vị mỗi năm rằng các tài liệu được liệt kê ở trên đã có sẵn để quý vị xem xét. Xin vui lòng ký tên viết tắt của bạn và ngày vào một ô bên dưới để cho thấy khi điều đó xảy ra.

|                    |                    |                    |                    |
|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Chữ ký tắt & ngày: | Chữ ký tắt & ngày: | Chữ ký tắt & ngày: | Chữ ký tắt & ngày: |
|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|

Sử dụng một ô mỗi năm (xem ở trên) cho chữ ký viết tắt ***của người thụ hưởng*** & ngày (hoặc người đại diện hợp pháp của họ).

|            |       |             |
|------------|-------|-------------|
| 受益人姓名：     |       | 計畫名稱：       |
| 生日：        | 住院日期： |             |
| INSYST 編號： |       |             |
|            |       | RU 編號 (若有)： |

## 確認收據

### 同意服務

正如本資料包的首頁所述，您在下方簽名即代表您同意透過本提供者接受志願行為健康護理服務。如果您是受益人的法律代表，您的簽名即表示同意。

### 通知資料

您的簽名亦代表已經透過您能理解的語言或方式與您討論過下面所標示的資料，以及我們已向您提供「通知資料」資料包供您留存，並且您同意勾選的指南和提供者名單提供方式。您隨時可以再次要求我們提供資料的說明和/或副本。

### 初次通知

請在以下方塊中勾選我們在您住院或任何其他時間與您討論過的資料。

- ☐ 同意服務
- ☐ 自由選擇
- ☐ 保密和隱私
- ☐ 維護友好與安全的環境 (並非州政府所規定的通知資料)
- ☐ 「Medi-Cal 心理健康服務指南」或「Drug Medi-Cal 服務指南」  
 取得管道：☐ 網路 ☐ 電子郵件 ☐ 紙本
- ☐ 阿拉米達郡行為健康計畫提供者名單  
 取得管道：☐ 網路 ☐ 電子郵件 ☐ 紙本
- ☐ 受益人問題解決資訊
- ☐ 預立醫囑資訊 (年滿 18 歲以上以及客戶滿 18 歲時)  
 您是否曾經建立過預立醫囑？ ☐ 是 ☐ 否  
 如果答案為是，我們能否取得影本作為記錄？ ☐ 是 ☐ 否  
 如果答案為否，我們能否在建立預立醫囑上提供支援？ ☐ 是 ☐ 否
- ☐ 隱私權保護措施通知 - HIPAA 和 HITECH
- ☐ CFR 第 2 編 42 之資訊通知：藥物和酒精患者的揭露資訊 (僅適用於接受物質使用治療服務的客戶)

|                          |     |
|--------------------------|-----|
| 受益人簽名：<br>(或法律代表，如果適用的話) | 日期： |
| 見證醫師/醫療人員姓名首字母：          | 日期： |



寄送指南和提供者名單的電子郵件地址 (如果適用)：

**年度通知：**每年，您的提供者必須提醒您上述所列資料已可供檢閱。請在下面方塊中簽上姓名首字母與日期，以記錄收到通知的日期。

|           |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 姓名首字母與日期： | 姓名首字母與日期： | 姓名首字母與日期： | 姓名首字母與日期： |
|-----------|-----------|-----------|-----------|

每年使用一個方塊 (請參見上方) 簽上**受益人**的姓名首字母與日期 (或其法律代表)。

|                           |                    |                                                    |
|---------------------------|--------------------|----------------------------------------------------|
| Pangalan ng Benepisyaryo: |                    | Pangalan ng Programa:<br><br>RU #, kung naaangkop: |
| Petsa ng kapanganakan:    | Petsa ng pagpasok: |                                                    |
| INSYST #:                 |                    |                                                    |

Pagkilala sa Pagtanggap

Pahintulot sa Mga Serbisyo

Ayon sa inilarawan sa unang pahina ng paketeng ito, sa pamamagitan ng iyong pirma sa ibaba ay ibinibigay mo ang iyong pahintulot na makatanggap ng boluntaryong serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ng pag-uugali mula sa tagapagkaloob ng serbisyo na ito. Kung ikaw ay isang legal na kinatawan ng benepisyaryo, sa pamamagitan ng iyong pirma ay ibinibigay ang pahintulot na iyon.

Mga Materyales na Nagbibigay-alam

Nangangahulugan din ang iyong pirma na ang mga materyales na minarkahan sa ibaba ay tinalakay kasama mo sa isang wika o paraan na naiintindihan mo, na binigyan ka ng pakete ng Mga Materyales na Nagbibigay-alam para sa iyong mga rekord, at na sumasang-ayon ka sa paraan ng pagbigay ng Gabay at Direktoryo ng Tagapagkaloob ng Serbisyo ayon sa minarkahan ng tsek. Maaaring kang humiling ng paliwanag at/o mga kopya ng mga materyales muli sa anumang oras.

Unang Pag-abiso

Mangyaring markahan ang mga kahon sa ibaba upang ipakita kung aling mga materyales ang tinalakay kasama mo sa iyong pagpasok o sa anumang iba pang oras.

- ☐ Pahintulot sa Mga Serbisyo
- ☐ Kalayaan sa Pagpili
- ☐ Pagkakumpidensyal at Pagkapribado
- ☐ Pagpapanatili ng Lugar na Ligtas at Tumatanggap sa Lahat (*hindi materyales na nagbibigay-alam na inaatas ng Estado*)
- ☐ "Gabay sa Mga Serbisyo sa Kalusugang Pangkaisipan" O "Gabay sa Mga Serbisyo ng Medi-Cal para sa Pagkalulong sa Droga"

Pagpapadala: ☐Web ☐ E-mail ☐Papel na kopya
- ☐ Direktoryo ng Tagapagkaloob ng Serbisyo para sa Alameda County Behavioral Health Plan

Pagpapadala: ☐Web ☐E-mail ☐Papel na kopya
- ☐ Impormasyon sa Resolusyon ng Problema ng Benepisyaryo
- ☐ Impormasyon sa Paunang Direktiba: (*para sa mga may edad 18+ at kapag naging 18 taong gulang ang kliyente*)

Nakagawa ka na ba ng Paunang Direktiba? ☐Oo ☐Hindi

Kung oo, maaari ba kaming humiling ng kopya para sa aming mga rekord?

☐Oo ☐Hindi

Kung hindi, maaari ka ba naming matulungang gumawa ng isa? ☐

Oo ☐Hindi
- ☐ Paunawa sa Mga Gawi sa Pagkapribado – HIPAA at HITECH
- ☐ Abiso sa Impormasyon 42 CFR BAHAGI 2: Impormasyon tungkol sa Pagbunyag ukol sa Pasyenteng may Pagkalulong sa Droga at Alak (*para sa mga kliyenteng tumatanggap ng mga serbisyo sa Paggamot ng Pagkalulong sa Alak o Droga lamang*)

|                                                                  |        |
|------------------------------------------------------------------|--------|
| Pirma ng Benepisyaryo:<br>(O legal na kinatawan, kung naaangkop) | Petsa: |
| Mga Inisyal ng Saksi na Clinician/Tauhan:                        | Petsa: |



E-mail address para sa pagpapadala ng Gabay at Direktoryo ng Tagapagkaloob ng Serbisyo, kung naaangkop:

**Taunang Pag-abiso:** Dapat ipaalala ng iyong tagapagkaloob ng serbisyo sa iyo bawat taon na ang mga materyales na nakalista sa itaas ay available para sa iyong pagsusuri. Mangyaring ilagay ang iyong mga inisyal at ang petsa sa isang kahon sa ibaba upang ipakita kung kailan nangyari iyon.

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mga inisyal at<br>petsa: | Mga inisyal at<br>petsa: | Mga inisyal at<br>petsa: | Mga inisyal at<br>petsa: |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Gumamit ng isang kahon bawat taon (tingnan ang nasa itaas) para sa mga inisyal ng **benepisyaryo** (o ng kanyang legal na kinatawan) at petsa.



|            |       |       |
|------------|-------|-------|
| 受益人姓名：     |       | 计划名称： |
| 出生日期：      | 收入日期： |       |
| INSYST 编号： |       |       |

## 接收确认函

### 服务同意

根据此文件包第 1 页的说明，您在下方签名即表示您同意自愿接受由此提供商提供的行为医疗保健服务。如果您是受益人的授权代表，您的签名同样起到同意作用。

### 通知材料

您的签名还表示已经通过您可以理解的语言或方式与您就下列标记的材料进行讨论，以为您提供通知材料文件供您记录，而且您同意使用选择的指南和提供商目录提供方式。您可以随时再次申请提供材料的说明和/或副本。

### 首次通知

请勾选下列框，指出您在被收入时或任何其他时间与您讨论的材料。

- ☐ 服务同意
- ☐ 自由选择
- ☐ 保密和隐私
- ☐ 保持场所的安全友好气氛（不是州规定的通知材料）
- ☐ “Medi-Cal 心理健康服务指南”或“Medi-Cal 药物服务指南”
  - 方式：☐网站      ☐ 电子邮件      ☐纸质版本
- ☐ 阿拉米达县行为医疗计划的提供商目录
  - 方式：☐网站      ☐电子邮件      ☐纸质版本
- ☐ 受益人问题解决信息
- ☐ 事前提示信息（适用于年满 18 周岁或以上以及年龄将到 18 周岁的客户）
  - 您是否已给出事前指示？      ☐是      ☐否
  - 如果已给出，是否可为我们提供一份副本作为记录？      ☐是      ☐否
  - 如果未给出，我们能否可帮助您给出一份？      ☐是      ☐否
- ☐ 隐私惯例告知书 - HIPAA 和 HITECH
- ☐ 42 CFR 第 2 部分信息告知：有关药物和酒精患者信息披露（仅适用于接收药物滥用治疗服务的客户）

|                           |     |
|---------------------------|-----|
| 受益人签名：<br>(或授权代表签名，视情况而定) | 日期： |
|---------------------------|-----|



|                            |     |
|----------------------------|-----|
| 见证医师/员工姓名首字母：              | 日期： |
| 用于提供指南和提供商目录的电子邮件地址（如果适用）： |     |

**年度通知：** 您的提供商必须每年提醒您可以审查上文列出的材料。请在下面的框中填写姓名首字母和日期，以记录具体时间。

|           |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 姓名首字母和日期： | 姓名首字母和日期： | 姓名首字母和日期： | 姓名首字母和日期： |
|-----------|-----------|-----------|-----------|

每年在一个框（参见上文）中填写**受益人**的姓名首字母和日期（或其授权代表）。

|                          |                    |                                                         |
|--------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------|
| Nombre del beneficiario: |                    | Nombre del programa:<br><br>N.º de RU (si corresponde): |
| Fecha de nacimiento:     | Fecha de admisión: |                                                         |
| N.º de INSYST:           |                    |                                                         |

Acuse de recibo

Consentimiento para los servicios

Tal como se señaló en la primera página de este paquete, al firmar a continuación, usted otorga su consentimiento para recibir servicios de atención de la salud conductual por parte de este proveedor. Si usted es el representante legal del beneficiario, al firmar otorga tal consentimiento.

Materiales informativos

Su firma también significa que los materiales indicados a continuación fueron analizados en un idioma o de una manera que usted pudo entender, que se le entregó el paquete de materiales informativos para que lo conservara, y que acepta el método de entrega de la Guía y el Directorio de proveedores, tal como se indica a continuación. Puede solicitar una explicación o copias de estos materiales nuevamente en cualquier momento.

Notificación inicial

Marque las siguientes casillas para indicar qué materiales se analizaron con usted al momento de la admisión o en alguna otra oportunidad.

- ☐ Consentimiento para los servicios
- ☐ Libertad de elección
- ☐ Confidencialidad y privacidad
- ☐ Mantener un lugar agradable y seguro *(no es un material informativo exigido por el Estado)*
- ☐ "Guía del beneficiario para servicios de salud mental de Medi-Cal" O "Guía para servicios de medicamentos de Medi-Cal"
- Entrega: ☐ Web ☐ Correo electrónico ☐ Copia impresa
- ☐ Directorio de proveedores del Plan de Salud Conductual del condado de Alameda
- Entrega: ☐ Web ☐ Correo electrónico ☐ Copia impresa
- ☐ Información para la resolución de problemas del beneficiario
- ☐ Información sobre directivas anticipadas *(para mayores de 18 años y cuando el paciente cumpla los 18 años)*
- ¿Alguna vez ha redactado directivas anticipadas?

☐ Sí ☐ No
- En caso afirmativo, ¿podemos guardar una copia para nuestros registros?

☐ Sí ☐ No
- En caso negativo, ¿podemos ayudarlo a redactarlas?

☐ Sí ☐ No
- ☐ Aviso de prácticas de privacidad: HIPAA e HITECH
- ☐ Aviso de información del Título 42, PARTE 2, del CFR: Información sobre la divulgación del uso de drogas y alcohol del paciente *(solo para pacientes que reciben los servicios de tratamiento por uso de sustancias)*

|                                                                                                     |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Firma del beneficiario:<br>(o su representante legal, si corresponde)                               | Fecha: |
| Iniciales del testigo médico clínico/del personal:                                                  | Fecha: |
| Dirección de correo electrónico para enviar la Guía y el Directorio de proveedores, si corresponde: |        |

**Notificación anual:** El proveedor debe recordarle todos los años que los materiales indicados anteriormente están disponibles para su revisión. Coloque sus iniciales y la fecha en un cuadro a continuación para indicar cuándo se hará efectivo.

|                    |                    |                    |                    |
|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Iniciales y fecha: | Iniciales y fecha: | Iniciales y fecha: | Iniciales y fecha: |
|                    |                    |                    |                    |

Use un cuadro para cada año (ver arriba) para las iniciales del **beneficiario** (o su representante legal) y la fecha.

|           |        |                |
|-----------|--------|----------------|
| 수혜자 이름:   |        | 프로그램 이름:       |
| 생년월일:     | 입원 날짜: |                |
| INSYST #: |        |                |
|           |        | RU #(해당하는 경우): |

## 수령 확인서

### 서비스 동의

책자의 1페이지에 설명된 바와 같이 아래에 서명하면 해당 제공자에게 자발적으로 행동 건강 의료 서비스를 받는 데 동의하게 됩니다. 수혜자의 법적 대리인인 경우, 법적 대리인의 서명이 동의를 나타내게 됩니다.

### 안내 자료

가입자의 서명은 또한 아래 표시된 자료가 가입자의 언어 또는 이해할 수 있는 방식으로 논의되었으며 기록 보관을 위해 안내 자료 책자를 수령하였고 표시한 가이드 및 제공자 목록 수령 방식에 동의한다는 것도 의미합니다. 가입자는 언제든지 다시 자료의 설명과 사본을 요청할 수 있습니다.

### 최초 안내

아래 상자에 입원 또는 기타 시기에 가입자와 논의한 자료를 표시하시기 바랍니다.

- ☐ 서비스 동의
- ☐ 선택의 자유
- ☐ 비밀 보장 및 개인 정보
- ☐ 편안하고 안전한 환경 조성하기(주 정부 필수 안내 자료 아님)
- ☐ "Medi-Cal 정신 건강 서비스 가이드" 또는 "약물 Medi-Cal 서비스 가이드"
- 수령 방식: ☐웹 ☐이메일 ☐인쇄본
- ☐ Alameda County Behavioral Health Plan 제공자 목록
- 수령 방식: ☐웹 ☐이메일 ☐인쇄본
- ☐ 수혜자 문제 해결 정보
- ☐ 사전 의료 지시서 정보(만 18세 이상 또는 클라이언트의 만 18세 생일)
- 의료 지시서를 작성한 적이 있습니까? ☐예 ☐아니요
- 작성한 적이 있다면 기록 보관을 위해 사본을 제공하시겠습니까? ☐예 ☐아니요
- 작성한 적이 없다면 작성에 도움이 필요하십니까? ☐예 ☐아니요
- ☐ 개인 정보 보호 관행 고지 - HIPAA & HITECH
- ☐ 정보 고지 42 CFR 파트 2: 약물 및 알코올 환자에 관한 정보 공개(약물 사용 치료 서비스를 받는 클라이언트만 해당)

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| 수혜자 서명:<br>(또는 해당하는 경우, 법적 대리인)   | 날짜: |
| 임상의/직원 증인 이니셜:                    | 날짜: |
| 가이드 및 제공자 목록 발송용 이메일 주소(해당하는 경우): |     |

**연례 알림:** 담당 제공자는 가입자가 매년 위에 기재된 자료를 검토하도록 안내해야 합니다. 아래 상자에 본인의 이니셜과 날짜를 적어 안내를 제공한 시기를 기록해야 합니다.

|           |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 이니셜 및 날짜: | 이니셜 및 날짜: | 이니셜 및 날짜: | 이니셜 및 날짜: |
|-----------|-----------|-----------|-----------|

매년(위 내용 참조) 하나의 상자에 수혜자의 이니셜과 날짜(또는 법적 대리인)를 기재합니다.

|                       |              |             |
|-----------------------|--------------|-------------|
| نام برنامه:           |              | نام ذینفع:  |
| RU #، در صورت کاربرد: | تاریخ پذیرش: | تاریخ تولد: |
|                       | INSYST #:    |             |

### تصدیق دریافت خدمات

#### رضایت برای دریافت خدمات

همانطور که در صفحه یک این بسته ذکر شده، امضای شما در ذیل، رضایت‌تان را برای دریافت خدمات مراقبت سلامت رفتاری از این ارائه‌دهنده نشان می‌دهد. اگر شما نماینده قانونی یک ذینفع هستید، امضای شما نشان دهنده این رضایت است.

#### مطالب اطلاع‌دهنده

امضای شما همچنین بدان معنی است که مطالب مشخص شده در زیر به زبان یا روشی قابل درک با شما در میان گذاشته شده است ؛ اینکه بسته اطلاعات مرتبط با سوابق‌تان به شما داده شده است و اینکه شما با روش تحویل راهنما و فهرست ارائه‌دهندگان موافق هستید. شما هر زمان که بخواهید می‌توانید مجدداً توضیح و یا یک کپی از مطالب را درخواست کنید.

#### اطلاع‌رسانی اولیه

لطفاً مواردی را که هنگام پذیرش یا هر زمان دیگر در خصوص آنها با شما صحبت شده است علامت بزنید.

- ☐ رضایت برای خدمات
 ☐ آزادی انتخاب
 ☐ محرمانگی و حفظ حریم خصوصی
 ☐ حفظ یک مکان پذیرا و امن (از نظر ایالتی لازم نیست)
 ☐ "راهنمای خدمات سلامت روان Medi-Cal" یا "راهنمای خدمات دارویی Medi-Cal"
- ☐ دریافت از طریق: ☐ وب ☐ ایمیل ☐ نسخه کاغذی
 ☐ فهرست ارائه‌دهندگان برای طرح سلامت رفتاری شهرستان آلامدا
 ☐ دریافت از طریق: ☐ وب ☐ ایمیل ☐ نسخه کاغذی
 ☐ اطلاعات مربوط به حل مشکل ذینفعان
 ☐ اطلاعات مربوط به وصیت‌نامه پزشکی (برای افراد بالای 18 سال یا زمانی که مراجعه‌کننده به 18 سالگی می‌رسد)
- آیا تاکنون وصیت‌نامه پزشکی تهیه کرده‌اید؟ ☐ **بله** ☐ **خیر**  
 اگر بله، آیا می‌توانیم یک نسخه از سوابق‌تان را داشته باشیم؟ ☐ **بله** ☐ **خیر**  
 اگر نه، آیا می‌توانیم برای تهیه آن به شما کمک کنیم؟ ☐ **بله** ☐ **خیر**
- ☐ اعلامیه روش‌های حفظ حریم خصوصی - HIPAA & HITECH
 ☐ اعلامیه اطلاعات CFR 42 بخش 2: افشای اطلاعات مربوط به مصرف مواد مخدر و الکل توسط بیمار (تنها برای بیمارانی که خدمات درمان سوءمصرف مواد مخدر دریافت می‌کنند)

|                                                                     |        |
|---------------------------------------------------------------------|--------|
| امضای ذینفع:                                                        | تاریخ: |
| (یا نماینده قانونی، در صورت وجود)                                   |        |
| حروف اول اسم پزشک/کارمند شاهد                                       | تاریخ: |
| آدرس ایمیل برای تحویل راهنما و فهرست و ارائه‌دهندگان، در صورت وجود: |        |

**اطلاع‌رسانی سالانه:** ارائه‌دهنده شما باید هر سال به شما یادآوری کند که مطالب ذکر شده در بالا برای بررسی شما در دسترس است. لطفاً حروف اول اسم و فامیل‌تان و تاریخ را در کادر زیر قرار دهید تا زمان این اطلاع‌رسانی مشخص گردد.

|                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| حروف اول اسم و تاریخ: | حروف اول اسم و تاریخ: | حروف اول اسم و تاریخ: | حروف اول اسم و تاریخ: |
|                       |                       |                       |                       |

هر سال از یک کادر (در بالا مشاهده کنید) برای حروف اول اسم ذینفع و تاریخ (یا نماینده قانونی آنها) استفاده کنید.