នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត នៃស្រុក Los Angeles
ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់សេវាកម្មនានា

សេវាកម្ម
នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្តនៃស្រុក Los Angeles (LACDMH) ផ្តល់ជូននូវ**សេវាកម្មឯកទេសផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្ត (SMHS)** សម្រាប់បុគ្គលដែលមានជំងឺផ្លូវចិត្ត ឬបញ្ហាសតិអារម្មណ៍ដែលតម្រូវចាំបាច់ឱ្យមានការព្យាបាលដោយអ្នកឯកទេស។ ជំងឺ ឬក៏បញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តទាំងនេះមានកម្រិតធ្ងន់ធ្ងរគ្រប់គ្រាន់ដែលអាចប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពនៃសកម្មភាព រស់នៅប្រចាំថ្ងៃរបស់ពួកគេ។ សេវាកម្មឯកទេសផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្ត (SMHS) អាចរួមមានការធ្វើតេស្តផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ ការព្យាបាលចិត្តសាស្ត្រ/ការប្រឹក្សា សេវាកម្មស្តារនីតិសម្បទា ការប្រើប្រាស់ថ្នាំព្យាបាល ការគ្រប់គ្រងសំណុំរឿង ការធ្វើតេស្ត នៅមន្ទីរពិសោធន៍ ដំណើរការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងសេវាកម្មសមស្របផ្សេងៗទៀត។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាកម្មទាំងនេះ សូមអាន **កូនសៀវភៅណែនាំអ្នកទទួលផលសម្រាប់សេវាកម្មឯកទេសផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់ស្រុក Los Angeles** ដោយចូលទៅកាន់ៈ https://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/ ។ អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃសៀវភៅណែនាំនេះបានគ្រប់ពេលវេលា។

សេវាកម្មឯកទេសផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្ត (SMHS) ទាំងអស់ដែលបានផ្តល់ជូនអតិថិជននៅក្នុងប្រព័ន្ធ LACDMH នឹងត្រូវបានសម្របសម្រួលដោយបុគ្គលិកនៃទីភ្នាក់ងារតែមួយ។ សេវាកម្មនានាអាចនឹងត្រូវផ្តល់ជូននៅទីតាំងខុសៗគ្នា ប្រសិនបើការធ្វើបែបនេះនឹងផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដល់ការព្យាបាលរបស់អតិថិជន។ ដើម្បីស្វែងរកទីតាំង LACDMH ដែលប្រតិបត្តិការដោយផ្ទាល់ និងទីតាំងអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានចុះកិច្ចសន្យានៅទូទាំងស្រុក Los Angeles សូមអាន **បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់ LACDMH** ដោយចូលទៅកាន់គេហទំព័រៈ https://dmh.lacounty.gov/pd/ ។

ការផ្តល់សេវាកម្ម
នៅពេលផ្តល់សេវាកម្មឯកទេសផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្ត (SMHS) LACDMH ប្រើប្រាស់ **សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តតាមសន្និសិទវីឌេអូ(Telehealth) សេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទ (Telephone) ការផ្ញើសារជាអក្សរដែលមានសុវត្ថិភាព (Secure Text Messaging) និងការផ្ញើអ៊ីម៉ែលដោយមានសុវត្ថិភាព (Secure Email)** ដើម្បីបំពេញតម្រូវការរបស់អតិថិជនឱ្យបាន ប្រសើរបំផុត។ សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត
តាមសន្និសិទវីឌេអូ(ជាមួយនឹងការប្រាស្រ័យទាក់ទងជាសំឡេង និង អាច មើលឃើញ) និងសេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទ (តែជាមួយនឹងការ ប្រាស្រ័យទាក់ទងជាសំឡេងប៉ុណ្ណោះ) គឺជាវិធីដែលបុគ្គលិក អាចផ្តល់នូវការប្រើប្រាស់ប្រសើរជាងមុនចំពោះសេវាកម្មកាន់តែទូលំទូលាយទៅពលរដ្ឋ ពីសេវាកម្មនានាដែលបានរ៉ាប់រងរបស់យើងខ្ញុំ បន្ថែមពីលើការប្រាស្រ័យ ទាក់ទងជាមួយនឹងអតិថិជនរបស់យើងខ្ញុំ។
តាមរយៈការប្រើប្រាស់សេវាថែទាំសុខភាពសន្និសិទវីឌេអូ និងសេវាថែទាំតាម ទូរស័ព្ទ
អតិថិជននឹងអាចនិយាយជាមួយបុគ្គលិកសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងចូលរួមក្នុងការទទួលបានសេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្តនានាពីទីតាំងនៅក្នុងតំបន់របស់ពួកគេ។ ការផ្ញើសារជាអក្សរ ប្រកបដោយសុវត្ថិភាព និងការផ្ញើអ៊ីម៉ែលសុវត្ថិភាព គឺជា មធ្យោបាយបន្ថែមដែលបុគ្គលិករបស់យើងអាចទំនាក់ ទំនង យ៉ាងរហ័ស និងប្រកបដោយ ប្រសិទ្ធភាពទាក់ទងនឹងសេវាកម្មផ្សេងៗរបស់ពួកគេ។ អត្ថបទសុវត្ថិភាព នឹងត្រូវ បានផ្ញើតាមរយៈកម្មវិធីអនុម័តដោយ LACDMH និងព័ត៌មានដែលត្រូវបានចែករំលែក អត្ថបទសុវត្ថិភាព នឹងត្រូវ បានកំណត់ការណាត់ជួប និងរំឭកអំពីការព្យាបាល ។ បុគ្គលិកនឹងមិនប្រើប្រាស់ អត្ថបទសុវត្ថិភាពសម្រាប់ គោល បំណងធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬការព្យាបាលនោះទេ ។ គឺពិតជាសំខាន់ ណាស់ដែលអតិថិជន បន្តផ្តល់ដំណឹងដល់អ្នកផ្តល់ សេវាកម្មផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្ត ពីព័ត៌មានទំនាក់ទំនងបច្ចុប្បន្នរបស់ ពួកគេ ក្នុងករណី ដែលមានការផ្លាស់ប្តូរនៅ ពេលណាមួយ។
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាថែទាំសុខភាពតាមសន្និសិទវីឌេអូ សេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទ ការផ្ញើសារជាអក្សរដែលមានសុវត្ថិភាព និងការផ្ញើអ៊ីម៉ែលដោយ សុវត្ថិភាព សូមអានផ្នែក សំណួរដែលបានសួរ ជាញឹកញាប់នៅទំព័រខាងក្រោម។

អតិថិជនមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្មនានា ដែលអាចនឹងផ្តល់ជូនតាមរយៈសេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តសន្និសិទវីឌេអូ ឬសេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទ តាមរយៈការទៅកាន់ទីតាំងដោយផ្ទាល់ដោយអាស្រ័យទៅតាមជម្រើសរបស់ពួកគេ។
ការធានារ៉ាប់ រង Medi-Cal រ៉ាប់បញ្ចូលទាំងការផ្តល់ជូនសេវាកម្មផ្នែកមធ្យោបាយធ្វើដំណើរទៅជួប ផ្ទាល់ ការជ្រើសរើសទីតាំងនៅពេល ដែលធនធាន បានប្រើប្រាស់ អស់ដោយ ហេតុផល។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីការទទួលបានមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ សូមពិភាក្សាជាមួយនឹងសមាជិកគម្រោងរ៉ាប់រងការថែទាំដែលបានគ្រប់គ្រង របស់នាយកដ្ឋានសេវាកម្មនានា ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័រៈ https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Transportation.aspx ។

សមត្ថភាពរបស់អនីតិជនក្នុងការអនុញ្ញាត
សម្រាប់អនីតិជន (ឧ៖ អតិថិជនដែលមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ) ជាធម្មតាអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់ពួកគេអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់សេវាកម្មនានាក្នុងនាមកូនរបស់ពួកគេ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ មាន ស្ថានភាពមួយចំនួនដែលអនីតិជន

នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត នៃស្រុក Los Angeles
ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់សេវាកម្មនានា

(អាយុចាប់ពី 12 ឆ្នាំឡើង) អាចនឹងមានសិទ្ធិក្នុងការអនុញ្ញាតសម្រាប់ ការប្រើប្រាស់សេវាកម្មនានាដោយខ្លួនពួកគេផ្ទាល់។ ប្រសិនបើវាត្រូវបានកំណត់ថាសមស្របចំពោះគ្លីនិក នោះអ្នក អនុវត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រម្នាក់នឹងត្រូវបំពេញផ្នែក **ការអនុញ្ញាតសម្រាប់អនីតិជន** ដើម្បីកំណត់ថាតើអនីតិជននោះចាស់ទុំ ក្រាប់គ្រាន់ដើម្បីចូលរួម និងអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ សេវាកម្មនានា ឬនៅ។ អនីតិជនអាចនឹង មិនយល់ព្រមចំពោះការ ប្រើប្រាស់ថ្នាំពេទ្យផ្លូវចិត្តទេ។ បន្ថែមពីលើការ អនុញ្ញាតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់សេវាកម្ម SMHS ដោយពួកគេផ្ទាល់ ប្រសិនបើអនីតិជនម្នាក់ចង់បែកចេញពីគម្រោង ធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់ពួកគេ ដើម្បីបង្កើតគម្រោងថ្មីដោយខ្លួនឯង (ដែលអាចនឹង បណ្តាលឱ្យអាណាព្យ បាលស្របច្បាប់របស់ពួកគេមិនបានដឹងពីការ ទទួលការព្យាបាលរបស់ពួកគេ) ពួកគេនឹងចាំបាច់ ត្រូវទាក់ទងទៅ នាយកដ្ឋានសេវាកម្មសង្គមសាធារណ: (DPSS) ដើម្បីចុះឈ្មោះក្នុង **គម្រោង Medi-Cal អនុញ្ញាតសម្រាប់ អនីតិជន** ឬក៏ **សេវាកម្មសម្ងាត់ផ្ទាល់ខ្លួនផ្សេងៗទៀត**។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីកម្មវិធីនេះ សូមចូលទៅ កាន់គេហទំព័រ៖ https://dpss.lacounty.gov/en/health/teens.html ។

ការណែនាំអំពីការថែទាំសុខភាពជាមុនសម្រាប់ មនុស្សពេញវ័យ

អ្នកទទួល Medi-Cal ទាំងអស់ដែលមាន អាយុចាប់ពី 18 ឆ្នាំឡើងទៅ មានសិទ្ធិធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការ ព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ពួកគេ លុះ ត្រាតែពួកគេត្រូវ បានរក្សាការពារ ឬភាគីទីបី ត្រូវបានប្រគល់នូវសិទ្ធិ សម្រាប់ធ្វើការសម្រេចចិត្តទាក់ទងនឹងការថែទាំសុខភាពរបស់ពួកគេ។ **ការណែនាំអំពីការថែទាំសុខភាពជាមុន** គឺជាឯកសារច្បាប់មួយដែលអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលម្នាក់ធ្វើការប្តេជ្ញាជាមុន ពីគោលបំណងរបស់ពួកគេ ក្នុងករណីដែលពួកគេអាចនឹងបាត់បង់សមត្ថភាពក្នុងការធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកថែទាំសុខភាពនៅថ្ងៃអនាគត។ រាល់ព័ត៌មានស្តីពីការណែនាំអំពីការថែទាំសុខភាពជាមុនទាំងអស់នឹងត្រូវរក្សាទុកនៅក្នុងកំណត់ ត្រាគ្លីនិករបស់អតិថិជន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីអំពីការណែនាំអំពីការថែទាំសុខភាពជាមុន និងវិធីអនុវត្តផងដែរ នោះ សូមអានផ្នែក សំណួរដែលបានសួរជាញឹកញាប់ ខាងក្រោម។

មូលដ្ឋានទិន្នន័យនៃការទូទាត់បើកចំហ

ច្បាប់ Sunshine របស់សហព័ន្ធស្តីពីការទូទាត់ថ្លៃសេវាគ្រូពេទ្យ (Physician Payments Sunshine Act) តម្រូវចាំបាច់ឱ្យបង្ហាញជាសាធារណ:នូវព័ត៌មានលម្អិតអំពីការទូទាត់ ដែលមានចំនួនច្រើនជាងដប់ដុល្លារ (10$) ទៅកាន់គ្រូពេទ្យ ដែលទូទាត់ពីក្រុមហ៊ុនផលិតឱសថ, ឧបករណ៍ប្រើប្រាស់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងផ្នែកជីវសាស្ត្រ។ មូលដ្ឋានទិន្នន័យនៃការ ទូទាត់បើកចំហគឺជាឧបករណ៍សហព័ន្ធដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីស្វែងរកការទូទាត់ទាំងឡាយដែលបានធ្វើឡើង ដោយក្រុមហ៊ុនផលិតឱសថ និងឧបករណ៍ទៅកាន់គ្រូពេទ្យ និងមន្ទីរពេទ្យដែលមានទទួលបង្រៀនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនានា។ មូលដ្ឋានទិន្នន័យនៃការទូទាត់បើកចំហមាននៅលើគេហទំព័រ http://openpaymentsdata.cms.gov ។

គោលការណ៍ណែនាំអំពីការព្យាបាល

ក្រសួងសុខភាពផ្លូវចិត្តអភិវឌ្ឍប៉ារ៉ាម៉ែត្រការព្យាបាល និងការអនុម័ត ដែលផ្អែកលើភស្តុតាងគ្លីនិកដែលមានសុពលភាព និងទុកចិត្តបាន និង/ឬ ការយល់ព្រមពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត។ ប៉ារ៉ាម៉ែត្រការព្យាបាលត្រូវបានត្រួតពិនិត្យ និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពយ៉ាងទៀងទាត់។ ប៉ារ៉ាម៉ែត្រការព្យាបាលរបស់ក្រសួង DMH អាចរកបាននៅ https://secure2.compliancebridge.com/lacdmh/public/index.php?fuseaction=app.main&msg= ឬដោយសួរអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

MyHealthPointe

MyHealthPointe គឺជារិបផតថលអតិថិជនអនឡាញដែលផ្តល់ភាពងាយស្រួល និងសុវត្ថិភាពក្នុងការចូលទៅកាន់កំណត់ត្រាសុខភាពផ្លូវចិត្តតាមអនឡាញរបស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើង៖ https://dmh.lacounty.gov/client-portal/។

តាមរយ:ការអនុញ្ញាតចំពោះសេវាកម្មនានារបស់ LACDMH អ្នកទទួលដឹងថា:

1. អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការដឹងឮ និងការចូលរួមក្នុងការជ្រើសរើសប្រភេទណាមួយនៃ សេវាកម្មឯកទេសផ្នែក សុខភាពផ្លូវចិត្ត (SMHS) ដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុង **កូនសៀវភៅណែនាំអ្នកទទួលផលសម្រាប់សេវាកម្មឯកទេសផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្ត របស់ស្រុក Los Angeles** ។
2. អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្មនានាដោយមិនត្រូវបានតម្រូវចាំបាច់ឱ្យទទួលសេវាកម្មផ្សេងៗពីប្រព័ន្ធ LACDMH ឡើយ។
3. សេវាកម្មទាំងអស់ រួមទាំងការប្រើប្រាស់សេវាថែទាំសុខភាពសន្ទិសិទ្ធវីឌេអូ សេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទ ការប្រើប្រាស់អ៊ីម៉ែលដោយសុវត្ថិភាព និង/ឬ សារជាអក្សរដែលមានសុវត្ថិភាព គឺមិនមានការបង្ខិតបង្ខំឡើយ ហើយអ្នកមានសិទ្ធិធ្វើការស្នើសុំការផ្លាស់ប្តូរអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម (ទីភ្នាក់ងារ ឬបុគ្គលិក) ។

ការយល់ព្រមរបស់LACDMHសំរាប់សេវាកម្ម

4. អ្នកមានជម្រើសក្នុងការរក្សាទុក ឬដកចេញនូវការអនុញ្ញាត ចំពោះសេវាកម្មណាមួយ ឬវិធីនៃការផ្តល់សេវាកម្ម ឬមធ្យោបាយនៃការប្រាស្រ័យទាក់ទង បានគ្រប់ពេលវេលា រួមទាំងពេលណាមួយនៅ អំឡុងវគ្គព្យាបាល ដោយមិនប៉ះពាល់ទៅលើសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំ ការព្យាបាលនាពេលអនាគត ឬការ ប្រឈមនឹងហានិភ័យនៃការបាត់បង់ ឬការដកចេញពីកម្មវិធីអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយ ដែលអ្នកមានសិទ្ធិ ទទួលបាន។ បុគ្គលិកសុខភាពផ្លូវចិត្តក៏អាចនឹងធ្វើការដកចេញភាពដែលអាចប្រើប្រាស់វិធីផ្តល់សេវាកម្ម ជាក់លាក់មួយចំនួន ឬមធ្យោបាយនៃការប្រាស្រ័យទាក់ទងណាមួយដែលត្រូវបានកំណត់ថាវាមិនមែនជា វិធីដែលល្អបំផុតនៃការផ្តល់សេវាកម្ម និង/ឬ ប្រាស្រ័យទាក់ទងទេ។
5. បុគ្គលិក LACDMH ទាំងអស់ ដោយជាលក្ខខ័ណ្ឌមួយនៃការងាររបស់ពួកគេ ត្រូវធ្វើសច្ចាប្រណិ ធានជារៀងរាល់ឆ្នាំក្នុងការរក្សាការសម្ងាត់ដែលហាមប្រាមពួកគេមិនឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានរបស់អតីតជន ឡើយលុះត្រាតែមានការអនុញ្ញាតពីសហព័ន្ធ រដ្ឋ និងនាយកដ្ឋានផ្នែកច្បាប់ គោលការណ៍ និងនីតិវិធី រក្សាភាពសម្ងាត់។
6. រាល់ព័ត៌មានណាមួយដែលបានបញ្ចេញដល់បុគ្គលិកដែលត្រូវបានកំណត់ដោយពួកគេថាមានសារៈ សំខាន់សម្រាប់ការថែទាំនឹងត្រូវបានកត់ត្រាទុកនៅក្នុងកំណត់ត្រាគ្លីនិកដើម្បីប្រាកដថាបុគ្គលិកផ្នែក ព្យាបាលទទួលបានព័ត៌មានដែលពេញលេញបំផុតអំពីអ្នក នៅពេលដែលសម្រេចចិត្តធ្វើការព្យាបាល ដែលសមស្រប ចំពោះតម្រូវការរបស់អ្នក និងសម្រាប់គុណភាពនៃការថែទាំផងដែរ។
7. ព័ត៌មានប្រជាសាស្ត្រ និងព័ត៌មានផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកត្រូវបានបញ្ជូលទៅក្នុងប្រព័ន្ធកំណត់ត្រាសុខភាពអេឡិចត្រូនិករបស់ LACDMH ហើយអាចនឹងធ្វើឱ្យមានការចូលមើលបានសម្រាប់បុគ្គលិករបស់ LACDMH និងបុគ្គលដែលត្រូវបានផ្តល់សិទ្ធិផ្សេងទៀតដែលសមស្រប និងដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការព្យាបាល របស់អ្នក។ សូមអានសេចក្តីជូនដំណឹងនៃការអនុវត្តឯកជនភាពរបស់ទីភ្នាក់ងារផ្នែកសុខភាព នៃស្រុក Los Angeles (Los Angeles County Health Agency Notice of Privacy Practices) សម្រាប់ ព័ត៌មានបន្ថែមទៀត។
8. ហានិភ័យដែល**អាច**កើតមាននៃការប្រើប្រាស់សេវាកម្ម**ថែទាំសុខភាពសន្និសិទវីឌេអូ និងសេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទ** រួម**មាន**ការបរាជ័យទាំងស្រុង ឬមួយផ្នែកនៃឧបករណ៍ដែលកំពុងតែត្រូវបានប្រើប្រាស់អាចបណ្តាលឱ្យមានការបាត់ បង់ភាពដែលអាចផ្តល់សេវាកម្មផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្តជាបណ្តោះអាសន្នរបស់បុគ្គលិកសុខភាពផ្លូវចិត្ត។
9. តាមរយៈការអនុញ្ញាត ឱ្យប្រើប្រាស់ការផ្ញើអ៊ីម៉ែលដោយសុវត្ថិភាព និង/ឬសារអក្សរដោយសុវត្ថិភាព អ្នកយល់ព្រមអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលិក LACDMH ធ្វើការផ្ញើព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់អ្នក និងការថែទាំទៅកាន់អ្នកតាមរយៈសារអក្សរដោយសុវត្ថិភាព និងអ៊ីម៉ែលដោយសុវត្ថិភាព។
10. អ៊ីម៉ែលសុវត្ថិភាព និងសារជាអក្សរដែលមានសុវត្ថិភាពនឹងមិនត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ស្ថានភាពបន្ទាន់ ឬអាសន្ន និង/ឬ សម្រាប់គោលបំណងធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យឡើយ។ អ្នកគួរតែពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម របស់អ្នកពីវិធីដែលល្អបំផុតសម្រាប់ទាក់ទងទៅពួកគេបន្ទាប់ពីចប់ម៉ោងធ្វើការ ឬអំឡុងពេលមានស្ថាន ភាពបន្ទាន់ ឬអាសន្ន។ រាល់ការស្នើសុំនានាដែលត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃតាមរយៈអ៊ីម៉ែលសុវត្ថិភាព ឬសារអក្សរ សុវត្ថិភាព នឹងមិនត្រូវបានទទួលយកឡើយ។

មានការពិចារណាផ្នែកបច្ចេកទេសមួយចំនួនសម្រាប់ឧបករណ៍ផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក
នៅពេលធ្វើការប្រើប្រាស់**សេវាថែទាំសុខភាពសន្និសិទវីឌេអូ សេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទ ការផ្ញើអ៊ីម៉ែលដោយមានសុវត្ថិភាព** និង/ឬ **ការផ្ញើសារ ជាអក្សរដែលមានសុវត្ថិភាព។** តាមរយៈការអនុញ្ញាត អ្នកទទួលដឹងដូចខាងក្រោម៖

1. LACDMH សន្ទុះមិនទទួលខុសត្រូវចំពោះឧបករណ៍របស់អ្នកទេ ប្រសិនបើការដំឡើងកម្មវិធីសេវាថែទាំសុខភាពសន្និសិទវីឌេអូ សេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទការផ្ញើអ៊ីម៉ែលដោយមានសុវត្ថិភាព និង/ឬ ការផ្ញើសារ ជាអក្សរដែលមាន សុវត្ថិភាព ដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ពី LACDMH នោះ បានបណ្តាលឱ្យមានការប៉ះទង្គិច ការមិន ដំណើរ ការការខូចខាតណាមួយ។
2. អ្នកទទួលខុសត្រូវទាំងស្រុងសម្រាប់ការគ្រប់គ្រង ការប្រតិបត្តិ និងការថែរក្សាឧបករណ៍ និងកម្មវិធីរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើឧបករណ៍របស់អ្នកមានបញ្ហាណាមួយ ឬបាត់បង់ ឬត្រូវបានលួច ខាង LACDMH នឹងមិនទទួលខុសត្រូវសម្រាប់ការបញ្ចេញព័ត៌មាន រួមទាំងតែមិនកំណត់ ព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ (PHI) ដែលមាន នៅលើឧបករណ៍នោះឡើយ។
3. LACDMH មិនអនុញ្ញាតឱ្យមានការថតទុកនូវវគ្គព្យាបាលទេ រួមទាំងវគ្គព្យាបាលតាមរយៈសេវាថែទាំសុខភាពសន្និសិទវីឌេអូ សេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទផងដែរ លុះត្រាតែការអនុញ្ញាតច្បាស់លាស់ត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយអ្នក និង ដោយអ្នកអ្នកព្យា បាលរបស់អ្នក។
4. LACDMH នឹងមិនចែករំលែករូបភាពដែលអាចបញ្ជាក់ពីបុគ្គល ឬព័ត៌មានរបស់អ្នក ពីការទំនាក់ទំនងតាមការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព សន្និសិទវីឌេអូទៅកាន់អ្នកស្រាវជ្រាវ ឬអង្គភាពផ្សេងៗដោយមិនមានការអនុញ្ញាតយល់ព្រមពីអ្នកឡើយ។

ការយល់ព្រមរបស់LACDMHសំរាប់សេវាកម្ម

នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត នៃស្រុក Los Angeles
ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់សេវាកម្មនានា

5. អាចនឹងមានការពន្យារពេលរវាងពេលដែលសារអក្សរសុវត្ថិភាព និង/ឬ អ៊ីម៉ែលសុវត្ថិភាពត្រូវបានដាក់បញ្ជូន និងចំណុចដែលអ្នកផ្តល់សេវាកម្មព្យាបាលរបស់អ្នកអាន និង/ឬ ឆ្លើយតបវិញ។ អ្នកនឹងមិនដឹងទេថាតើព័ត៌មាននៅក្នុងសារអក្សរ ឬអ៊ីម៉ែលនោះត្រូវបានបើកមើលហើយឬនៅ ហើយ LACDMH មិនអាចព្យាករណ៍ដឹងទេថាពេលណាអ្នកនឹងទទួលបានការឆ្លើយតបវិញ។
6. សារអក្សរសុវត្ថិភាព និងអ៊ីម៉ែលសុវត្ថិភាពដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ដោយ LACDMH គឺជាវិធីតែមួយគត់សម្រាប់ការផ្ញើ និងការទទួលព័ត៌មានជាសារអក្សរជាមួយនឹងបុគ្គលិករបស់ LACDMH ។
7. អ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ ឬថ្លៃផ្ញើសារដែលទាក់ទងនឹងការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់ឧបករណ៍នោះសម្រាប់ការទទួលសេវាកម្មសុខភាពតាមទូរស័ព្ទ ការទូរស័ព្ទ និងការផ្ញើសារជាអក្សរ។
8. ព័ត៌មានដែលត្រូវបានផ្ញើតាមរយៈសារអក្សរសុវត្ថិភាព និងអ៊ីម៉ែលសុវត្ថិភាព អាចនឹងជួយដល់បុគ្គលិកសុខភាពផ្លូវចិត្តក្នុងការផ្តល់ជូនកាលវិភាគ និងការព្យាបាល។
9. ទោះបីជាអ៊ីម៉ែល និងសារអក្សរ (មួយឬច្រើន) នឹងត្រូវបានផ្ញើតាមរយៈវិធីដែលមានសុវត្ថិភាពក៏ដោយ មានហានិភ័យមួយដែលសារអក្សរ ឬអ៊ីម៉ែលដែលមានបំណងផ្ញើជូនអ្នក អាចនឹងត្រូវបានបញ្ជូនទៅអាស័យដ្ឋានអ៊ីម៉ែល ឬលេខទូរស័ព្ទខុស ដោយអចេតនា។

នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត នៃស្រុក Los Angeles
ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់សេវាកម្មនានា

ខ្ញុំ _____ អនុញ្ញាតយល់ព្រមទទួលសេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្តនានា **ដោយនាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្តស្រុក Los Angeles ។**

ខ្ញុំបានអានរាល់ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ជូនក្នុងសេចក្តីអនុញ្ញាតនេះរួចហើយ។ ខ្ញុំមានឱកាសសាកសួរសំណួរផ្សេងៗអំពីព័ត៌មាននេះ ហើយសំណួរទាំងអស់របស់ខ្ញុំត្រូវបានឆ្លើយរួចហើយ។ ខ្ញុំយល់នូវព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលបានផ្តល់ជូន។

ខ្ញុំអនុញ្ញាតយល់ព្រមប្រើប្រាស់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពសន្និសិទវីឌេអូ — បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐

ខ្ញុំអនុញ្ញាតយល់ព្រមប្រើប្រាស់សេវាកម្មថែទាំតាមទូរស័ព្ទ — បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐

ខ្ញុំអនុញ្ញាតយល់ព្រមប្រើប្រាស់ការផ្ទើសារអក្សរសុវត្ថិភាពសម្រាប់ទំនាក់ទំនង — បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐

អនុញ្ញាតយល់ព្រមប្រើប្រាស់ការផ្ទើអ៊ីម៉ែលសុវត្ថិភាពសម្រាប់ទំនាក់ទំនង — បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐

អាស័យដ្ឋានអ៊ីម៉ែលសម្រាប់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពសន្និសិទវីឌេអូ និង/ឬ អ៊ីម៉ែលសុវត្ថិភាពៈ

_____

លេខទូរស័ព្ទសម្រាប់សេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទ និង/ឬ សារអក្សរសុវត្ថិភាពៈ _____

ខ្ញុំបានទទួល ព័ត៌មានអំពីការណែនាំ ការថែទាំសុខភាពជាមុន — បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐

ខ្ញុំមានការណែនាំអំពីការថែទាំសុខភាពជាមុនហើយនៅបច្ចុប្បន្ននេះ — បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐
ប្រសិនបើមាន សូមផ្តល់នូវច្បាប់ចម្លងមួយដល់យើងខ្ញុំដើម្បីទុកនៅក្នុងកំណត់ត្រាគ្លីនិការបស់អ្នក

_____ ហត្ថលេខាអតិថិជន

_____ កាលបរិច្ឆេទ

_____ ហត្ថលេខាមនុស្សពេញវ័យដែលទទួលខុសត្រូវ*

_____ ទំនាក់ទំនងនឹងអតិថិជន

_____ កាលបរិច្ឆេទ

*មនុស្សពេញវ័យដែលទទួលខុសត្រូវ = អាណាព្យាបាល អ្នករក្សាការពារ ឬឪពុកឬម្តាយ របស់អនីតិជននៅពេលតម្រូវចាំបាច់។

ព័ត៌មានសម្ងាត់នេះត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយអនុលោមតាមច្បាប់ និងបទប្បញ្ញត្តិរបស់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ ដែលរួមទាំង តែមិនកំណត់ ចំពោះច្បាប់ស្តីពីសុខុមាលភាពនិងស្ថាប៉នដែលអនុវត្តបានក្រុមរដ្ឋប្បវណី និងបទដ្ឋានឯកជនភាព HIPAA (HIPAA Privacy Standards) ។ ការថតចម្លងនៃព័ត៌មាននេះដើម្បីផ្ទុកឡាយបន្តត្រូវបានហាមឃាត់ ដរាបណា មានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាមុនពីអតិថិជន ឬពីអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត ដែលពាក់ព័ន្ធ ឬលុះត្រា តែមានការអនុញ្ញាតដោយច្បាប់។
ការប់ផ្លិចប់ផ្លាញព័ត៌មាននេះត្រូវបានតម្រូវការទាមទារចាំបាច់បន្ទាប់ពីគោលបំណងដែលបានចែងនៃសំណើដើមត្រូវបានបំពេញរួចរាល់។

ឈ្មោះ៖ _____ **អត្តលេខ DMH ៖** _____
ទីភ្នាក់ងារ៖ _____ **អត្តលេខអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម៖** _____

ស្រុក Los Angeles – នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត

ការយល់ព្រមរបស់LACDMHសំរាប់សេវាកម្ម

នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត នៃស្រុក Los Angeles
ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់សេវាកម្មនានា
ទំព័រនេះគឺសម្រាប់បុគ្គលិកធ្វើការបំពេញ

Signator ☐ was given ☐ declined a copy of this Consent on _____ by _____.
Date Initials

☐ This Consent was interpreted in _____for the client and/or responsible adult.
If a translated version of this Consent was signed by the client and/or responsible adult, the translated version must be attached to the English version.

☐ Client and/or Responsible Adult is unavailable/unable to sign. Verbal/implied consent was provided on _____
Date

☐ Client is a minor and signed above without parental/guardian consent, and I have verified minor is eligible to sign as well as their signature (see Consent for Minor section below).

If yes, is client enrolled in **Minor Consent Medi-Cal**? ☐ Yes ☐ No
Note: *If client does have Minor Consent Medi-Cal, all services must be claimed using Non-Billable to Medi-Cal procedure codes.*

☐ A court order/minute order has been obtained and consenting on their own or someone on their behalf is not an option. I have provided the first page of the Consent for Services as well as the FAQs to the Client and/or Responsible Adult

_____ _____
Signature of Staff/Work Force Member Date

Consent For Minor: Please select the appropriate section(s) about the minor:

☐ **EMANCIPATED:** This minor has been declared emancipated from his/her parent/guardian by the courts and has been issued an identification card by the Department of Motor Vehicles (Cal Fam Code 7120). A copy of the identification card must be filed with this form.

☐ **ACTIVE DUTY WITH ARMED FORCES:** This minor must be currently serving in the US Armed Forces. A copy of his/her military ID must be filed with this form (Cal Fam Code 7002).

☐ **MARRIED:** This minor is or has been married (Cal Fam Code 7002). A copy of the marriage certificate must be filed with this form.

☐ **SELF-SUFFICIENT:** This minor is self-sufficient as exhibited by being able to declare all of the following (Cal Fam Code 6922).

- I am 15 years of age or older, having been born on _____ (birthdate).
- I am living at the address given on admission for services which is apart from the home/residence of my parents or legal guardian.
- I am managing my own financial affairs indicated by the financial information provided by me on admission for services.
- I understand that I am financially responsible for the charges for my mental health services and I may not disaffirm this consent because I am a minor.

The below options must be verified/selected by an Authorized Mental Health Discipline (AMHD).

☐ **REQUEST FOR MENTAL HEALTH SERVICES:** This minor is mature enough to participate in mental health treatment. I certify that each of the below 3 criteria are met. (Cal Fam Code 6924)

1. The client is 12 or older and mature enough to participate intelligently in the services provided.
2. The minor was consulted regarding parent/guardian's involvement on _____. The client's parent(s)/guardian(s):
(date)
   ☐ Were contacted on _____ by _____
   (date)
   ☐ Were **NOT** contacted because _____
3. The client's parent(s)/guardian(s): ☐ Are currently involved in the services provided
   ☐ Do not want or are unwilling to participate in the treatment ☐ Are not appropriate to participation in the services provided

Note: The client WILL NOT be prescribed psychotropic medications without legal guardian or court consent.

_____ _____
AMHD Signature and Discipline Date

MH 500
7/1/2024

នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត នៃស្រុក Los Angeles
ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់សេវាកម្មនានា

អ្នកចុះហត្ថលេខា ☐ ត្រូវបានផ្តល់ឱ្យ ☐ បដិសេធមិនផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃការអនុញ្ញាតនេះនៅ _____ ដោយ _____ ។
(កាលបរិច្ឆេទ) (ហត្ថលេខាសង្ខេប)

☐ ការអនុញ្ញាតនេះត្រូវបានបកប្រែជាភាសា _____ សម្រាប់អតិថិជន និង/ឬមនុស្សពេញវ័យទទួលខុសត្រូវ។ ប្រសិនបើទម្រង់បកប្រែនៃសេចក្តីអនុញ្ញាតនេះត្រូវបានចុះហត្ថលេខាដោយអតិថិជន និង/ឬ មនុស្សពេញវ័យទទួលខុសត្រូវ ត្រូវតែភ្ជាប់ទម្រង់ជាភាសាបកប្រែ នោះជាមួយនឹងទម្រង់ជាភាសាអង់គ្លេស។

☐ អតិថិជន និង/ឬ មនុស្សពេញវ័យដែលទទួលខុសត្រូវមិនមានពេល ឬមិនអាចចុះហត្ថលេខាទេ។ ការអនុញ្ញាតដោយវាចា ឬដោយតុណ្ហីភាពត្រូវបានផ្តល់ជូននៅ _____
(កាលបរិច្ឆេទ)

☐ អតិថិជនគឺជាអនីតិជន ហើយបានចុះហត្ថលេខានៅខាងលើ ដោយគ្មានការអនុញ្ញាតពី ឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាល ហើយខ្ញុំបានបញ្ជាក់ថាអនីតិជននេះមានសិទ្ធិចុះហត្ថលេខា និងហត្ថលេខារបស់ពួកគេផងដែរ (សូមមើលផ្នែក ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ អនីតិជន នៅខាងក្រោម) ។

ប្រសិនបើមាន តើអតិថិជនបានចុះឈ្មោះនៅក្នុង **ការអនុញ្ញាតចំពោះអនីតិជននៃ Medi-Cal**? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអតិថិជន មានការយល់ព្រមពី Medi-Cal តិចតួច សេវាកម្មទាំងអស់នឹងត្រូវ តែបានទាមទារដោយការប្រើប្រាស់ លេខកូដនីតិវិធី Medi-Cal ដែលមិនអាចចេញវិក័យបត្រ (Non-Billable to Medi-Cal procedure codes) ។

☐ សេចក្តីបង្គាប់ពីតុលាការ ឬដីការមួយត្រូវបានទទួល និងធ្វើការអនុញ្ញាតដោយពួកគេផ្ទាល់ ឬនរណាម្នាក់ក្នុងនាមជំនួសពួកគេមិនមែនជាជម្រើសដែលផ្តល់ជូនទេ។ ខ្ញុំបានផ្តល់ជូននូវទំព័រទីមួយ នៃការអនុញ្ញាតសម្រាប់សេវាកម្មនានា ក៏ដូចជាសំណួរដែលបាន សួរជាញឹកញាប់ (FAQ) ទៅកាន់អតិថិជន និង/ឬមនុស្សពេញវ័យដែលទទួលខុសត្រូវរួចហើយ

_____ _____
ហត្ថលេខាបុគ្គលិក/សមាជិកបម្រើការងារ កាលបរិច្ឆេទ

ការអនុញ្ញាតសម្រាប់អនីតិជន៖ សូម ជ្រើសរើសផ្នែក ដែលសមរម្ម(មួយឬច្រើន) អំពីអនីតិជន៖

☐ **បានរំដោះខ្លួន៖** អនីតិជននេះត្រូវបានប្រកាសថាបានរំដោះខ្លួនពីឪពុកម្តាយឬអាណាព្យាបាលរបស់គាត់ ដោយតុលាការ ហើយត្រូវបានចេញប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនដោយ នាយកដ្ឋានយានយន្ត (Department of Motor Vehicles) (ក្រមច្បាប់គ្រួសារនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា [Cal Fam Code] 7120) ។ ច្បាប់ចម្លង នៃប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួននេះត្រូវតែដាក់ភ្ជាប់ជាមួយនឹងទម្រង់បែបបទនេះ។

☐ **កាតព្វកិច្ចសកម្មជាមួយកងកម្លាំងប្រដាប់អាវុធ៖** អនីតិជននេះត្រូវតែកំពុងនៅបន្តជាទាហាននៃកងកម្លាំងប្រដាប់អាវុធអាមេរិក។ ច្បាប់ចម្លងមួយនៃលេខសម្គាល់ទាហានរបស់គាត់ត្រូវតែភ្ជាប់ជាមួយនឹងទម្រង់បែបបទនេះ។ (ក្រមច្បាប់គ្រួសារនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា [Cal Fam Code] 7002) ។

☐ **បានរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍៖** អនីតិជននេះគឺបាន រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍រួច (ក្រមច្បាប់គ្រួសារនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា [Cal Fam Code] 7002) ។ ច្បាប់ចម្លងមួយនៃលិខិតបញ្ជាក់ អាពាហ៍ពិពាហ៍ត្រូវតែ ដាក់ភ្ជាប់ជាមួយនឹងទម្រង់បែបបទនេះ។

☐ **ទ្រទ្រង់ខ្លួនឯងបាន៖** អនីតិជននេះ អាចទ្រទ្រង់ខ្លួនឯងបានដូចដែលបង្ហាញដោយការ អះអាងពីចំណុចខាងក្រោម (ក្រមច្បាប់គ្រួសារនៃ រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា [Cal Fam Code] 6922) ។

- ខ្ញុំមានអាយុ 15 ឆ្នាំ ឬច្រើនជាង បានកើតនៅថ្ងៃទី _____ (ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត) ។
- ខ្ញុំកំពុងរស់នៅអាស័យដ្ឋានដែលបានផ្តល់ជូននៅលើរដ្ឋបាលសម្រាប់សេវាកម្មនានាដែលខុសពី ផ្ទះ/ទីលំនៅ របស់ឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំកំពុងគ្រប់គ្រងស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុរបស់ខ្ញុំដោយខ្លួនឯង ដូចដែលបង្ហាញដោយព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុដែលបានផ្តល់ជូនដោយខ្ញុំនៅលើរដ្ឋបាលសេវាកម្មនានា។
- ខ្ញុំទទួលដឹងថាខ្ញុំទទួលខុសត្រូវផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុដោយខ្លួនឯងសម្រាប់ការបង់ប្រាក់នានាសម្រាប់សេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំអាចនឹងមិនបញ្ជាក់ការអនុញ្ញាតនេះពីព្រោះខ្ញុំជាអនីតិជន។

ជម្រើសនៅខាងក្រោមត្រូវតែមានការបញ្ជាក់ ឬជ្រើសរើសដោយវិនិយសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលមានការអនុញ្ញាត (Authorized Mental Health Discipline-AMHD) ។

☐ **តម្រូវការសម្រាប់សេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្ត៖** អនីតិជននេះគឺកំពុងមានតម្រូវការសេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្ត។ ខ្ញុំបញ្ជាក់ថាតម្រូវការចាំបាច់ **នីមួយៗ** នៃចំណុចទាំង **បួន** នេះត្រូវបានបំពេញ (ក្រមច្បាប់គ្រួសារនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា [Cal Fam Code] 6924) ។

1. អតិថិជនមានអាយុចាប់ពី 12 ឆ្នាំឡើង ឬចាស់ទុំគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការចូលរួមទទួលសេវាកម្មដែលបានផ្តល់ជូនដោយយល់ដឹងច្បាស់។
2. ឪពុកឬម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលរបស់អតិថិជន ☐ ត្រូវបានទំនាក់ទំនងនៅ _____ ដោយ _____
(កាលបរិច្ឆេទ)
   ☐ **មិន**ត្រូវបានទំនាក់ទំនងទៅពីព្រោះ _____
3. ឪពុកឬម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលរបស់អតិថិជន ☐ បច្ចុប្បន្ននេះកំពុងពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាកម្មដែលផ្តល់ជូន
   ☐ មិនចង់ ឬមិនសុខចិត្តចូលរួមក្នុងការព្យាបាល ☐ មិនស័ក្តិសមក្នុងការចូលរួមក្នុងសេវាកម្មដែលផ្តល់ជូននានា
4. អតិថិជនស្របតាមលក្ខខ័ណ្ឌណាមួយក្នុងចំណោមចំណុចខាងក្រោម៖
   ☐ មានគ្រោះថ្នាក់ដល់រាងកាយ ឬផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរប្រសិនបើមិនអនុញ្ញាតឱ្យចូលរួម ☐ មានការចោទប្រកាន់ពីការរួមភេទ ឬរំលោភបំពានលើកុមារ

☐ **ការស្នើសុំសេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្ត៖** អនីតិជននេះចាស់ទុំគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការចូលរួមការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្ត។ ខ្ញុំបញ្ជាក់ថាលក្ខខ័ណ្ឌទាំង 3 ខាងក្រោមនេះត្រូវបានបំពេញ ហើយ**សេវាកម្មនានានឹងមិនត្រូវបានទទួលចំពោះធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ទេ** (ច្បាប់ស្តីពីសុខភាពនិងសុវត្ថិភាព [Health & Safety Code] 124260) ។ សេវាកម្មដែល បានផ្តល់ជូនទៅកាន់អតិថិជនដែលបានបំពេញតែលក្ខខ័ណ្ឌទាំងនេះអាចនឹងមិនទទួលចំពោះធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ឡើយ ហើយមូលនិធិជំនួសត្រូវតែមានផ្តល់ជូន។

4. អតិថិជនមានអាយុចាប់ពី 12 ឆ្នាំឡើង ឬចាស់ទុំគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការចូលរួមទទួលសេវាកម្មដែលបានផ្តល់ជូនដោយយល់ដឹងច្បាស់។
5. ឪពុកម្តាយឬអាណាព្យាបាលរបស់អតិថិជន ☐ ត្រូវបានទាក់ទងនៅ _____ ដោយ _____
(កាលបរិច្ឆេទ)
   ☐ **មិន**ត្រូវបានទំនាក់ទំនងទៅពីព្រោះ _____
6. ឪពុកម្តាយឬអាណាព្យាបាលរបស់អតិថិជន ☐ បច្ចុប្បន្ននេះកំពុងពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាកម្មដែលផ្តល់ជូន
   ☐ មិនចង់ ឬមិនសុខចិត្តចូលរួមក្នុងការព្យាបាល ☐ មិនស័ក្តិសមក្នុងការចូលរួមសេវាកម្មដែលបានផ្តល់ជូន

កំណត់សម្គាល់៖ អតិថិជន នឹងមិនអាចទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាថ្នាំព្យាបាលផ្លូវចិត្តដោយគ្មានការអនុញ្ញាតពីឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទការអនុញ្ញាតសម្រាប់សេវាកម្មឡើយ។

_____ _____
ហត្ថលេខា AMHD និងវិនិយ កាលបរិច្ឆេទ

ការយល់ព្រមរបស់LACDMHសំរាប់សេវាកម្ម

នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត នៃស្រុក Los Angeles
ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់សេវាកម្មនានា

សំណួរដែលបានសួរជាញឹកញាប់
សេវាកម្មថែទាំសុខភាពសន្និសិទវីឌេអូ សេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទ ការផ្ញើសារអក្សរសុវត្ថិភាព និងអ៊ីម៉ែលសុវត្ថិភាព

តើសេវាកម្មថែទាំសុខភាពសន្និសិទវីឌេអូ ឬសេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទមានភាពខុសប្លែកគ្នាពីការជួបផ្ទាល់ជាមួយបុគ្គលិកនៅក្នុងវគ្គ ព្យាបាលយ៉ាងដូចម្តេច?
ក្រៅពីការដែលអតិថិជន និងអ្នកព្យាបាល LACDMH មិនស្ថិតក្នុងតំបន់ជាក់លាក់ជាមួយគ្នា
នៅមានចំណុចខុសប្លែកគ្នាបន្តិចបន្តួចទៅតាមផ្នែក។ អ្នកព្យាបាលអាចផ្តល់សេវាកម្មឯកទេសផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្ត (SMHS)
ដែលសមស្រប រួមមានកំណត់ត្រាទុកជាឯកសារនូវព័ត៌មាន និងសេវាកម្មដែលបានផ្តល់ជូន
និងធានាថាការធ្វើឯកសារគឺមានបញ្ជូលក្នុងកំណត់ ត្រាគ្លីនិករបស់អតិថិជនសម្រាប់ជាឯកសារយោងនៅថ្ងៃខាងមុខ។

តើសេវាកម្មថែទាំសុខភាពសន្និសិទវីឌេអូ ខុសគ្នាពីសេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទយ៉ាងដូចម្តេច?
សេវាកម្មថែទាំសុខភាពសន្និសិទវីឌេអូ ជាការរួមបញ្ចូលគ្នានៃការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយនៃការជួបតាមរយៈវីដេអូ
ដែលមានសំឡេង ដូច្នេះអ្នកព្យាបាល និងអតិថិជនអាចមើលគ្នាឃើញ និងទាក់ទងគ្នាដោយប្រយោលបាន
បើទោះបីជាពួកគេស្ថិតក្នុងទីតាំងផ្សេងគ្នាក៏ដោយ។
ចំពោះសេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទវិញជាការរួមបញ្ចូលគ្នានៃមធ្យោបាយទាក់ទងតាមរយៈការហៅទូរស័ព្ទដូច្នេះអ្នកព្យាបាល
និងអតិថិជនអាចទាក់ទងជាមួយគ្នាបាន តែមិនអាចមើលឃើញគ្នាបានទេ។ ទាំងសេវាកម្មថែទាំសុខភាពសន្និសិទវីឌេអូ
និងសេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទ អ្នកព្យាបាលអាចរៀបរាប់ពីសេវាកម្ម SMHS ទៅកាន់អតិថិជន
ក៏ដូចជាផ្តល់ជូនឯកសារដែលនឹងមានរាប់បញ្ចូលកំណត់ត្រាគ្លីនិករបស់អតិថិជនសម្រាប់ជាឯកសារយោងនៅថ្ងៃខាងមុខ។

[illegible]
ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសយកការមិនប្រើប្រាស់សេវាកម្មណាមួយ ឬទាំងពីរ LACDMH
នឹងមិនប្រើប្រាស់មធ្យោបាយទាំងនេះនៅពេលផ្តល់សេវាកម្ម និងផ្តល់ជូនតែសេវាកម្មជួបដោយផ្ទាល់តែប៉ុណ្ណោះ។
បន្ថែមពីលើនេះ ការជ្រើសរើសមិនប្រើប្រាស់សេវាថែទាំសុខភាពសន្និសិទវីឌេអូ និង/ឬសេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទ
នឹងមិនប៉ះពាល់ដល់លទ្ធភាពនៃការទទួលបានការផ្តល់សេវាកម្ម SMHS ឡើយ។
ការហៅទូរស័ព្ទនឹងនៅតែបន្តជាមធ្យោបាយសម្រាប់គោលបំណងទំនាក់ ទំនងដដែល។

តើអ្វីទៅជាអ៊ីម៉ែលសុវត្ថិភាព?
អ៊ីម៉ែលសុវត្ថិភាព អាចឱ្យអតិថិជនទាក់ទងគ្នាជាមួយបុគ្គលិក LACDMH ដោយភាពងាយស្រួល និងប្រកបដោយសុវត្ថិភាព
ដូច្នេះព័ត៌មានឯកជនសំខាន់ៗរបស់អតិថិជនអាចធានាថាមាន សុវត្ថិភាព។ ដើម្បីការពារ ព័ត៌មានអំពីសុខភាពដែលបាន
ការពារ (PHI) អ៊ីម៉ែលសុវត្ថិភាព ត្រូវឆ្លងកាត់ការដាក់អ៊ីនក្រីប (ការបំលែងកូដសម្ងាត់)
ដែលជាដំណើរការដែលធ្វើឱ្យអ្នកផ្សេងមិនអាចបើកអានសារនេះបានក្រៅពីអ្នកទទួលដោយផ្ទាល់។

ចំពោះសារណាដែលមានព័ត៌មានអំពីសុខភាពដែលបានការពារ (PHI) របស់អតិថិជន
ដែលត្រូវផ្ញើចេញជាប្រភេទអ៊ីម៉ែលត្រូវតែធានាសុវត្ថិភាព។ យោងតាមច្បាប់ស្តីពីការទទួល ខុសត្រូវ
និងសេវាធានារ៉ាប់រងសុខភាពចល័ត (HIPAA) បញ្ញត្តិស្តីពីឯកជនភាព
និងសន្តិសុខសារអេឡិកត្រូនិកត្រូវបានតម្រូវចាំបាច់ដើម្បីធានាបាននូវឯកជនភាព និងការសម្ងាត់របស់ អតិថិជន។

[illegible]
នៅពេលដែលអ៊ីម៉ែលដែលមានសុវត្ថិភាពត្រូវបានផ្ញើចេញ អ្នកទទួលនឹងឃើញឯកសារមួយចំនួនដូចខាងក្រោម៖

1. សារជូនដំណឹងតាម អ៊ីម៉ែល ៖ សារជូនដំណឹង បង្ហាញថា នណាម្នាក់បានផ្ញើសារអ៊ិនក្រីប ដែលមានសុវត្ថិភាព
   ក្នុងទម្រង់នៃស្រោមសំបុត្រ ចុះឈ្មោះ និងមាតិកាដែលបានអ៊ិនក្រីប។
   សារជូនដំណឹងនេះក៏មានបញ្ជូលនូវព័ត៌មានអំពីស្រោមសំបុត្រដែលមានគ្រានេះ និងសេវាចុះឈ្មោះស្រោមសំបុត្រ Cisco
   ។
2. ឯកសារភ្ជាប់សារដែលបានអ៊ិនក្រីប៖ ឯកសារភ្ជាប់នេះត្រូវភ្ជាប់ជាមួយនឹងឈ្មោះថា “securedoc.html.”
   ឯកសារភ្ជាប់នេះមាន ទាំងស្រោមសំបុត្រដែលមានគ្រាបញ្ជាក់ និងមាតិកាដែលបានការពារ។
   ដើម្បីបើកស្រោមសំបុត្រដែលមានគ្រាច្បាស់លាស់នេះ ឯកសារភ្ជាប់នឹងត្រូវរក្សាទុកក្នុងថាសរក្សាឯកសារ។
   ការបើកឯកសារភ្ជាប់នេះ នឹងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួល អាចចុះឈ្មោះដោយខ្លួនឯង បង្កើតគណនីមួយ
   អានអ៊ីម៉ែលដែលមានការការពារដោយកូដសម្ងាត់
   និងស្លើយតបសារបានក្នុងទម្រង់ដែលមានការការពារដោយកូដសម្ងាត់ និងមានសុវត្ថិភាព។
   សម្រាប់ការណែនាំអំពីឯកសារមួយនេះ សូមចូលទៅកាន់ គេហទំព័រ៖
   http://file.lacounty.gov/dmh/cms1_180460.pdf

នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត នៃស្រុក Los Angeles
ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់សេវាកម្មនានា

តើមានអ្វីកើតឡើងបើខ្ញុំមិនចង់ប្រើប្រាស់ អ៊ីម៉ែលដែលមានសុវត្ថិភាព?
ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសមិនប្រើប្រាស់អ៊ីម៉ែលដែលមានសុវត្ថិភាព បុគ្គលិក LACDMH នឹងមិនចាប់ផ្តើម ឬផ្តល់គំនិតសម្រាប់មធ្យោបាយទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកតាមរយៈអ៊ីម៉ែលនោះឡើយ។
ប្រសិនបើអ្នកផ្តើមអ៊ីម៉ែលជាមួយនឹងបុគ្គលិក LACDMH ដោយមិនមានការអនុញ្ញាតយល់ព្រមប្រើអ៊ីម៉ែល
បុគ្គលិកនឹងឆ្លើយតបអ្នកតាមរយៈមធ្យោបាយផ្សេងៗ (ដូចជាការហៅតាមទូរស័ព្ទ ឬផ្ញើជាសំបុត្រជាដើម)។

តើអ្វីទៅជាការផ្ទៀងផ្ទាត់ការកត់ត្រា?
សារជាអក្សរដែលមានសុវត្ថិភាពទាក់ទងជាមួយនឹងការប្រើប្រាស់កម្មវិធីសរសេរសារជាអក្សរដែលអនុម័តដោយ LACDMH ដែលអនុញ្ញាតិឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់ LACDMH ស្របច្បាប់ដើម្បីផ្ញើឬទទួលសារជាអក្សរ
ឬរូបភាពដែលឆ្លងកាត់ការបំលែងកូដសម្ងាត់បាន។ មធ្យោបាយនៃការទំនាក់ទំនង នេះ គឺមានសុវត្ថិភាព
អិនគ្រីបនឹងអនុឡោមតាម ច្បាប់ទាំងអស់ដែលទាក់ទងទៅនឹង ការការពារ/សន្តិសុខ
នៃព័ត៌មានសុខភាពសំខាន់ដែលបានការពារ (PHI)។

តើមានអ្វីកើតឡើងបើមិនមានការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ការផ្ទៀងផ្ទាត់ការកត់ត្រា?
បើមិនមានការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់កម្មវិធីផ្ញើសារជាអក្សរដែលមានសុវត្ថិភាពដែលអនុម័តដោយ LACDMH ទេ
បុគ្គលិក LACDMH នឹងមិនផ្តួចផ្តើមការផ្ញើសារជាអក្សរជាមួយអ្នក
ឬផ្តល់ជូនអ្នកនូវជម្រើសនេះសម្រាប់ជាមធ្យោបាយទាក់ទងជាមួយអ្នកឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តើមការទាក់ទងជាមួយបុគ្គលិក LACDMH ដោយសារជាអក្សរ បុគ្គលិក LACDMH នឹងឆ្លើយតបអ្នកតាមរយៈមធ្យោបាយទំនាក់ទំនងផ្សេងៗ
(ដូចជាការហៅទូរស័ព្ទ ឬផ្ញើអ៊ីម៉ែលដែលមានសុវត្ថិភាពជាដើម)។

តើមានអ្នកណាខ្លះដែលមានសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត?
សេវាសម្រាប់មធ្យោបាយធ្វើដំណើរមិនមែនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ អាចផ្តល់ជូនបុគ្គលទាំងអស់ ដែលមានធានារ៉ាប់រង Medi-Cal
ពេញលេញ និងសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ រួមទាំងរហូតដល់ ចុងខែដែលមាន 365 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីការសម្រាលកូន ។
អតិថិជននឹងត្រូវការបញ្ជាក់ទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មដោយផ្ទាល់មាត់
ឬជាលាយលក្ខណ์អក្សរថាខ្លួនត្រូវការមធ្យោបាយធ្វើដំណើរជាចាំ បាច់
និងធនធានដែលមានផ្សេងៗទៀតដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់អស់ដោយហេតុផលសមរម្យ។
ហេតុផលនានាសម្រាប់ការដែលត្រូវការមធ្យោបាយធ្វើដំណើរមិនមែនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមានដូចជា៖

- មិនមានប័ណ្ណបើកបរត្រឹមត្រូវ
- មិនមានយានជំនិះសំរាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងគ្រួសារ
- មិនអាចធ្វើដំណើរដោយខ្លួនឯងបាន ឬរង់ចាំសម្រាប់សេវាកម្មដែលរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal តែប៉ុណ្ណោះ
- មាន ដែនកំណត់រូបរាងកាយ ការយល់ដឹង ផ្លូវចិត្ត ការអភិវឌ្ឍន៍
- មិនមានថវិកាសម្រាប់ថ្លៃសាំងដើម្បីធ្វើដំណើរទៅតាមការណាត់ជួបបាន

សំណួរដែលបានសួរជាញឹកញាប់
ការណែនាំអំពីការថែទាំសុខភាពជាមុន

តើអ្វីទៅជាការណែនាំអំពីការថែទាំងសុខភាពជាមុន?
ការណែនាំជាមុន គឺជាឯកសារផ្លូវច្បាប់ដែលអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលម្នាក់បញ្ជាក់ជាមុននូវបំណងប្រាថ្នារបស់គាត់
ប្រសិនបើខ្លួនមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មថែទាំសុខភាពទេ។ ក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា
ការណែនាំជាមុននេះមានពីរផ្នែក៖ (1) ការណាត់ជួបជាមួយនឹងទីភ្នាក់ងារផ្នែកថែទាំសុខភាព និង (2)
ការណែនាំស្តីអំពីការថែទាំសុខភាពបុគ្គល។

តើមានអ្វីកើតឡើងនៅពេលដែលខ្ញុំមានការណែនាំជាមុន?

- អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកសម្រេចចិត្តទទួលយកការព្យាបាលក្នុងពេលនេះសម្រាប់ពេលអនាគតដែលអ្នកនឹងត្រូវការ ព្យាបាលផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្ត។ អ្នកអាចជម្រាបដំណឹងដល់គ្រូពេទ្យ ស្ថាប័នការងារ អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ទីតាំងព្យាបាល ហើយ វាយតម្លៃថាការព្យាបាលប្រភេទណាដែលអ្នកចង់ និងមិនចង់បាន។
- អ្នកអាចជ្រើសរើសមិត្តម្នាក់ ឬសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ដើម្បីជួយក្នុងការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងបាន។
- អាចធ្វើឱ្យមានការទំនាក់ទំនងរវាងអ្នក និងគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកបានប្រសើរឡើង។
- អាចនឹងកាត់បន្ថយអ្នកពីការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីពេទ្យក្នុងរយៈពេលយូរបាន។
- ក្លាយជាផ្នែកមួយនៃកំណត់ត្រាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។

នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត នៃស្រុក Los Angeles
ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់សេវាកម្មនានា

តើនរណាមានសិទ្ធិទទួលការណែនាំអំពីការថែទាំសុខភាពដោយមិនចូលជាធរមាន?
បុគ្គលណាមានអាយុចាប់ពី 18 ឆ្នាំឡើងទៅ ដែល "មានសមត្ថភាព"
ត្រូវគ្រាន់ដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាព។ "សមត្ថភាព"
នៅទីនេះមានន័យថាជាមនុស្សដែលយល់អំពីឬស្គាល់ និងហេតុផលនៃការថែទាំសុខភាពដែលបានដាក់ស្នើសុំ
ដែលរាប់បញ្ចូលទាំងការយល់ដឹងអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងហានិភ័យនានាផងដែរ។

តើការណែនាំអំពីការថែទាំសុខភាពជាមុនចូលជាធរមានកាលណា?
ការណែនាំអំពីការថែទាំសុខភាពជាមុនចូលជាធរមាន គឺនៅពេលដែលគ្រូពេទ្យបឋមរបស់បុគ្គលនោះសម្រេចថាគាត់មិនមាន "សមត្ថភាព" ក្នុងការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្លួនដោយផ្ទាល់បាន ។ មានន័យថា
បុគ្គលម្នាក់នោះមិនទាន់យល់អំពីឬស្គាល់ ហេតុផលនៃការថែទាំសុខភាពដែលបានដាក់ជូននៅឡើយទេ។
ការពិតដែលថាបុគ្គលម្នាក់ដែលបានទទួលឱ្យចូលក្នុងទីតាំងព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្ត មិនមែនមានសេចក្តីថាគាត់ខ្វះ "សមត្ថភាព" នោះទេ។

តើការណែនាំជាមុនមានន័យដូចម្តេច?
ក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ការណែនាំអំពីសុខភាពជាមុនគឺមិនមានកំណត់នោះទេ។ អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរចិត្តពេលណាក៏បាន
ដរាបណាអ្នកមាន "សមត្ថភាព" ធ្វើការសម្រេចចិត្ត។
គឺជាកំនិតដ៏ល្អមួយដើម្បីពិនិត្យឡើងវិញអំពីការណែនាំពីសុខភាពជាមុនរបស់អ្នករៀងរាល់ឆ្នាំ
ដើម្បីធានាថាបំណងប្រថ្នាម្ចាស់ជីវិតរបស់អ្នកត្រូវបានបង្ហាញក្នុងនោះដែរ។

តើការណែនាំជាមុនមានន័យថាខ្ញុំមិនអាចសម្រេចចិត្តសម្រាប់ខ្លួនឯងបានទេមែនទេ?
ទេ។ ការណែនាំនេះគ្រាន់តែជាមធ្យោបាយមួយដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យសេចក្តីប្រាថ្នារបស់អ្នកអាចចំណាំបានជាលាយ លក្ខណ៍អក្សរ
នៅពេលដែលអ្នកអាចមានលទ្ធភាពធ្វើបាន។ ការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នកគឺមានសារៈសំខាន់ណាស់។

តើនរណាខ្លះដែលមានសិទ្ធិទទួលការណែនាំជាមុនរបស់ខ្ញុំ?
- តាមរយៈមេធាវីរបស់អ្នក
- ស្ថាប័នគាំទ្រ និងការពារ (Protection and Advocacy, Inc.)

តើនរណាខ្លះមានសិទ្ធិទទួលការណែនាំជាមុនរបស់ខ្ញុំ?
- តាមរយៈមេធាវីរបស់អ្នក
- ហាងលក់សម្ភារការិយាល័យ
- នៅលើប្រព័ន្ធអ៊ីនធើណេត

តើការណែនាំជាមុនមានអ្វីខ្លះ?
- អ្នក (ការណែនាំអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកគួតែក្សាទុកឱ្យមានសុវត្ថិភាព តែងាយស្រួលយកនៅពេលត្រូវការ)
- ទីភ្នាក់ងាររបស់អ្នក
  (បុគ្គលដែលទទួលបានសិទ្ធិក្នុងការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពជំនួសអ្នកប្រសិនបើអ្នកមិនអាចសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងបាន)
- រាល់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
- រាល់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់អ្នក

មានសារៈសំខាន់ណាស់ដែលអ្នកតាមដានរណាដែលមានច្បាប់ចម្លងនៃការណែនាំអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
ក្នុងករណីដែលអ្នកត្រូវធ្វើការផ្លាស់ប្តូរត្រង់ចំណុចមួយចំនួននៅលើឯកសារនេះ។

តើមានអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើខ្ញុំមានបញ្ហាជាមួយនឹងការណែនាំជាមុនរបស់ខ្ញុំ?
បណ្តឹងដែលទាក់ទងការដែលមិនព្រមអនុវត្តតាមតម្រូវការនៃការណែនាំអំពីសុខភាពជាមុននេះ
អាចធ្វើទៅបាននៅនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័ញ៉ា (DHS) ដែលមានអង្ការ៉ាប័ណ្ណ និងការទទួលស្គាល់
ដោយទូរស័ព្ទទៅ 1-800-236-9747 ឬតាមរយៈប្រអប់សំបុត្រលេខ P.O. Box 997413, Sacramento, California 95899-7413 ។