

## رضایت‌نامه خدمات سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس

### خدمات

سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس برای افرادی که بیماری روان یا مشکلات عاطفی دارند که نیاز به درمان به توسط متخصص را دارند، **خدمات تخصصی سلامت روان** را ارائه می‌کند. این بیماری‌ها یا مشکلات به قدری شدید هستند که مانع توانایی فرد برای ادامه فعالیت‌های روزانه‌اش می‌شوند. خدمات تخصصی سلامت روان می‌تواند شامل آزمون روان‌شناختی، روان‌درمانی/ مشاوره، خدمات توان‌بخشی، دارو، مدیریت پرورنده، تست‌های آزمایشگاهی، روندهای تشخیصی و دیگر خدمات مرتبط شود. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این خدمات لطفاً به **کتاب راهنمای ذی‌نفعان خدمات تخصصی سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس** مراجعه کنید: <https://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/> هر زمان که خواستید می‌توانید نسخه‌ای از این کتاب راهنما را درخواست کنید.

تمام خدمات تخصصی سلامت روان ارائه شده به ارباب‌رجوع /مراجعه کننده در سامانه سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس توسط کارکنان یک نمایندگی هماهنگ می‌شود. در صورتی که به‌نفع درمان ارباب‌رجوع/مراجعه کننده باشد، ممکن است خدمات در مکان‌های مختلف ارائه شود. برای پیدا کردن مراکز ارائه‌دهنده‌ای که به‌طور مستقیم توسط سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس اداره می‌شوند و مراکز طرف قرارداد در سراسر شهرستان لس‌آنجلس، لطفاً به **فهرست ارائه‌دهنده‌های سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس** مراجعه کنید: <https://dmh.lacounty.gov/pd/>

### ارائه خدمت

هنگام ارائه خدمات تخصصی سلامت روان، سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس از درمان از راه دور، **تلفن، پیامک امن و ایمیل امن** استفاده می‌کند تا نیازهای ارباب‌رجوع‌مان را به بهترین نحو برآورده کند. درمان از راه دور (با ارتباط صوتی و تصویری) و تلفن (با ارتباط صرفاً صوتی) روش‌هایی هستند که از طریق آنها کارکنان می‌توانند علاوه بر ارتباط با ارباب‌رجوع‌مان، دسترسی بهتری به خدمات تحت پوشش‌مان فراهم کنند. ارباب‌رجوع می‌توانند با استفاده از درمان از راه دور یا تلفن با کارکنان سلامت روان صحبت و در منزل/مکان خود از خدمات سلامت روان استفاده کنند. پیامک امن و ایمیل امن دیگر روش‌هایی هستند که کارکنان ما می‌توانند به‌سرعت و به‌طور مؤثر با ارباب‌رجوع‌مان درباره خدمات‌شان گفتگو کنند. پیامک‌های امن از طریق برنامه‌ای مورد تأیید سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس ارسال می‌شوند و اطلاعاتی که از طریق پیامک امن به اشتراک گذاشته می‌شود، به وقت ملاقات و یادآورهای درمانی محدود می‌شود. کارکنان از پیامک امن برای اهداف تشخیصی یا درمانی استفاده نمی‌کنند. مهم است که ارباب‌رجوع هر زمان اطلاعات تماس‌شان تغییر کرد، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان‌شان را مطلع سازند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درمان از راه دور، تلفن، پیامک امن و ایمیل امن به صفحه سوالات متداول در زیر مراجعه کنید.

ارباب‌رجوع حق دارند تمام خدمات تحت‌پوشش را که می‌توانند به صورت درمان از راه دور یا تلفنی ارائه شوند، در صورت تمایل به‌صورت حضوری دریافت کنند. پوشش Medi-Cal شامل در دسترس بودن خدمات رفت‌وآمد برای ملاقات‌های حضوری است زمانی که دیگر منابع موجود به‌راحتی در دسترس نیستند. برای دسترسی به اطلاعات در مورد دریافت خدمات رفت‌وآمد، با اداره خدمات اعضای طرح مراقبت مدیریت‌شده صحبت یا به آدرس <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Transportation.aspx> رجوع کنید.

### توانایی رضایت دادن افراد نابالغ/صغیر

برای افراد نابالغ (مثل ارباب‌رجوع زیر ۱۸ سال) معمولاً سرپرست(های) قانونی‌شان برای دریافت خدمات از طرف کودک‌شان رضایت می‌دهند. با این حال، موقعیت‌هایی هست که در آن افراد نابالغ (۱۲ ساله و بزرگتر) ممکن است بتوانند خود به خدمات‌شان رضایت دهند. اگر مشخص شود که از نظر درمانی مقتضی است، یک متخصص بخش **رضایت‌نامه افراد نابالغ** را تکمیل می‌کند تا مشخص کند که آیا فرد نابالغ به حد کافی برای مشارکت در و رضایت برای خدمات بالغ است. افراد نابالغ نمی‌توانند برای داروهای روان‌گردان رضایت دهند. اگر افراد نابالغ علاوه بر رضایت برای خدمات تخصصی سلامت روان خود، مایل به جدایی از Medi-Cal سرپرست قانونی خود باشند تا Medi-Cal خود را برقرار کنند (که می‌تواند به‌ی‌اطلاعی سرپرست قانونی‌شان از درمان‌شان منجر شود)، باید با سازمان خدمات اجتماعی عمومی (DPSS) جهت عضویت در **Medi-Cal با رضایت افراد نابالغ یا خدمات حساس کار** کنند. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره این طرح، به این سایت مراجعه کنید: <https://dpss.lacounty.gov/en/health/teens.html>

## رضایتنامه خدمات سازمان سلامت روان شهرستان لس آنجلس

### دستورالعمل‌های ازپیش‌تعیین‌شده مراقبت‌های درمانی برای ذی‌نفعان بزرگسال

تمام ذی‌نفعان 18 سال و بیشتر Medi-Cal این حق را دارند که در مورد روند درمان خود تصمیم بگیرند مگر آنکه تحت محافظت باشند یا به شخص ثالثی اجازه داده شده باشد که در مورد مراقبت‌های درمانی آنها تصمیم بگیرد. دستورالعمل ازپیش‌تعیین‌شده مراقبت‌های درمانی سندی قانونی است که به افراد اجازه می‌دهد از قبل خواسته‌های خود را ابراز کنند برای موقعی که در آینده نتوانند در مورد مراقبت‌های درمانی خود تصمیم بگیرند. تمام اطلاعات دستورالعمل‌های ازپیش‌تعیین‌شده مراقبت‌های درمانی در سوابق پزشکی ارباب‌رجوع نگهداری می‌شود. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره دستورالعمل‌های ازپیش‌تعیین‌شده مراقبت‌های درمانی و نحوه ثبت قانونی آن به بخش سؤالات متداول در زیر مراجعه کنید.

### پایگاه داده Open Payments

قانون فدرال پرداخت‌های پزشکان سان‌شاین (Physician Payments Sunshine Act) ملزم می‌دارد که اطلاعات دقیق در مورد پرداخت‌های بیش از ده دلار (\$10) از سوی تولیدکنندگان دارو، دستگاه‌های پزشکی و مواد بیولوژیکی به پزشکان، در دسترس همگان قرار گیرد. پایگاه داده Open Payments ابزاری فدرال است که از آن برای جستجوی پرداخت‌هایی که شرکت‌های دارویی و سازنده دستگاه‌ها به پزشکان و بیمارستان‌های آموزشی می‌دهند، استفاده می‌شود. پایگاه داده Open Payments را می‌توان در <http://openpaymentsdata.cms.gov> یافت.

### Just4Me

Just4Me یک پورتال آنلاین ارباب‌رجوع است که دسترسی آسان و امن به سوابق / پرونده درمانی سلامت روان‌تان را فراهم می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً از وبسایت ما بازدید کنید: <https://dmh.lacounty.gov/just4me-client-portal/>

با اعلام رضایت به خدمات سازمان سلامت روان شهرستان لس آنجلس، متوجه می‌شوید/آگاهید که:

1. حق دارید تا از هر یک از خدمات تخصصی سلامت روان که در کتاب راهنمای ذی‌نفعان خدمات تخصصی سلامت روان شهرستان لس آنجلس آمده، مطلع شوید و در انتخابی از آنها مشارکت کنید.
2. حق دارید خدمات دریافت کنید بدون اینکه لازم باشد خدمات دیگری را هم از سامانه سازمان سلامت روان شهرستان لس آنجلس دریافت کنید.
3. تمام خدمات از جمله استفاده از درمان از راه دور، تلفن، ایمیل امن و/یا پیامک امن اختیاری هستند و حق دارید درخواست دهید ارائه‌دهنده خدمت (نمایندگی یا کارکنان) تغییر کند.
4. این حق انتخاب را دارید که به هرگونه خدمت، نحوه خدمت، یا روش ارتباطی در هر زمانی از جمله هر زمانی در طول جلسه رضایت ندهید یا رضایت‌تان را پس بگیرید بدون تأثیر روی امکان مراقبت، درمان آتی یا خطر از دست دادن یا بازپس‌گیری مزایای طرحی که در غیر این صورت به شما تعلق می‌گرفت. کارکنان سلامت روان نیز می‌توانند در هر زمانی که مشخص شود روش‌های خاص خدمات یا روش‌های ارتباطی بهترین ابزار ارائه خدمت و/یا ارتباط نیستند، امکان استفاده از آن روش‌های خدمت یا شیوه‌های ارتباطی را سلب کنند.
5. تمام کارکنان سازمان سلامت روان شهرستان لس آنجلس به عنوان یک شرط استخدام‌شان، سالانه یک سوگند محرمانگی امضا می‌کنند که آنان را از به اشتراک گذاشتن اطلاعات ارباب‌رجوع به جز در مواردی که طبق قوانین و رویه‌های محرمانگی فدرال، ایالتی و سازمان مجاز است، بازمی‌دارد.
6. هر گونه اطلاعات داده شده به کارکنان که به تشخیص آنها برای مراقبت مهم است، در سوابق بالینی / پرونده درمانی شما ثبت می‌شود تا اطمینان حاصل شود که کارکنان / گروه درمانی هنگام تصمیم‌گیری در مورد درمان متناسب با نیازهای شما و به‌منظور کیفیت مراقبت به کامل‌ترین اطلاعات در مورد شما دسترسی دارند.
7. اطلاعات آماری و بالینی شما در سامانه سوابق الکترونیکی سلامت سازمان سلامت روان شهرستان لس آنجلس وارد شده است و می‌تواند در صورت لزوم در دسترس کارکنان سازمان سلامت روان شهرستان لس آنجلس و دیگر افراد مجاز دخیل در درمان شما

## رضایت‌نامه خدمات سازمان سلامت روان

## شهرستان لس‌آنجلس

قرار بگیرد. لطفاً جهت کسب اطلاعات بیشتر به ابلاغیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی اداره سلامت شهرستان لس‌آنجلس مراجعه کنید.

8. خطر بالقوه خدمات درمان از راه دور و تلفن شامل نقص جزئی یا کامل تجهیزات مورد استفاده است که می‌تواند منجر به ناتوانی موقت کارکنان سلامت روان در ارائه خدمات سلامت روان شود.
9. با رضایت دادن به ایمیل امن و/یا پیامک امن قبول می‌کنید که به کارکنان سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس اجازه دهید تا اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت روان و مراقبت از شما را از طریق پیامک امن و ایمیل امن ارسال کنند.
10. ایمیل امن و پیامک امن هرگز برای شرایط اورژانسی یا اضطراری و/یا اهداف تشخیصی استفاده نخواهند شد. باید با ارائه‌دهنده خدمات‌تان در مورد بهترین راه تماس با آنها پس از ساعات عادی کاری یا در شرایط اورژانسی یا اضطراری صحبت کنید. هیچ درخواستی برای ارزیابی از طریق ایمیل امن یا پیامک امن پذیرفته نمی‌شود.

هنگام استفاده از درمان از راه دور، تلفن، ایمیل امن و/یا پیامک امن، ملاحظات فنی برای دستگاه(های) شخصی‌تان وجود دارد. با رضایت دادن، متوجه/آگاه از موارد زیر می‌باشید:

1. در صورتی که نصب برنامه درمان از راه دور، پیامک امن/ایمیل امن مورد تأیید سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس باعث هر گونه اختلال، اشکال یا آسیبی در دستگاه شما شود، سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس هیچ مسئولیتی را نمی‌پذیرد.
2. شما مسئول کامل مدیریت، کارکرد و نگهداری دستگاه و برنامه‌هایتان هستید. در صورتی که دستگاه‌تان در معرض خطر قرار گیرد، گم یا دزدیده شود، سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس هیچ مسئولیتی در مورد افشای اطلاعات شامل ولی نه محدود به اطلاعات محافظت‌شده سلامت موجود در دستگاه‌تان نخواهد داشت.
3. سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس اجازه ضبط جلسات شامل جلسات تلفنی و درمان از راه دور را نمی‌دهد مگر آنکه شما و متخصص‌تان به‌طور صریح رضایت داده باشید.
4. سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس بدون رضایت شما عکس شخصی قابل‌شناسایی یا اطلاعات شما را از تعاملات درمان از راه دور در اختیار پژوهشگران یا سایر نهادها قرار نمی‌دهد.
5. ممکن است بین زمان ارسال پیامک امن و/یا ایمیل امن و زمانی که ارائه‌کننده درمان‌تان آن را دریافت می‌کند، می‌خواند و/یا پاسخ می‌دهد، تأخیر وجود داشته باشد. شما نمی‌دانید که آیا اطلاعات پیامک/ایمیل دیده شده و سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس نمی‌تواند پیش‌بینی کند که چه زمانی پاسخ دریافت خواهید کرد.
6. پیامک امن و ایمیل امن مورد تأیید سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس تنها گزینه برای ارسال و دریافت اطلاعات متنی (پیامک امن و ایمیل امن) به کارکنان سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس است.
7. هنگام استفاده از دستگاه شخصی‌تان برای درمان از راه دور، تلفن و پیامک امن، شما مسئول هرگونه استفاده از داده یا هزینه پیامک هستید.
8. اطلاعات ارسالی از طریق پیامک امن و ایمیل امن ممکن است به کارکنان سلامت روان در ارائه درمان و برنامه‌ریزی کمک کند.
9. گرچه ایمیل(ها) و پیامک(های) امن از طریق ابزارهای امن ارسال می‌شود، این خطر وجود دارد که ایمیل یا پیامک امن مدنظر برای شما ممکن است ناخواسته به آدرس ایمیل یا شماره تلفن اشتباهی ارسال شود.

## رضایتنامه خدمات سازمان سلامت روان شهرستان لس آنجلس

اینجانب، \_\_\_\_\_، موافقت خود را برای دریافت خدمات سلامت روان از سازمان سلامت روان شهرستان لس آنجلس اعلام می‌دارم.

اطلاعات موجود در این رضایتنامه را خوانده‌ام. این فرصت را داشتم که پرسش‌های خود را در مورد این اطلاعات مطرح کنم و به تمام پرسش‌های من پاسخ داده شده است. من تمام اطلاعات کتبی داده‌شده را می‌فهمم.

موافق استفاده از خدمات درمان از راه دور هستم.  بله  خیر

موافق استفاده از خدمات تلفنی هستم.  بله  خیر

موافق استفاده از پیامک امن برای ارتباط هستم.  بله  خیر

موافق استفاده از ایمیل امن برای ارتباط هستم.  بله  خیر

آدرس ایمیل برای درمان از راه دور و/یا ایمیل امن: \_\_\_\_\_

شماره تلفن برای تماس تلفنی و/یا پیامک امن: \_\_\_\_\_

در مورد دستورالعمل‌های پیشین مراقبت درمانی به من اطلاعات داده شده است.  بله  خیر

در حال حاضر یک دستورالعمل پیشین مراقبت درمانی ثبت شده دارم.  بله  خیر  
اگر بله، لطفاً رونوشتی به ما بدهید تا در پرونده بالینی‌تان قرار دهیم.

\_\_\_\_\_ تاریخ

\_\_\_\_\_ امضای ارباب‌رجوع /مراجعه کننده

\_\_\_\_\_ تاریخ

\_\_\_\_\_ نسبت با ارباب‌رجوع

\_\_\_\_\_ امضای بزرگسال مسئول

\*بزرگسال مسئول= سرپرست، نگهدارنده یا والد فرد نابالغ در مواقع ضروری

نام _____ شماره شناسایی سازمان سلامت روان: _____	این اطلاعات محرمانه طبق قوانین و مقررات ایالتی و فدرال شامل ولی نه محدود به قانون رفاه و مؤسسات مرتبط، قانون مدنی و استانداردهای حریم خصوصی قانون قابلیت انتقال و پاسخ‌گویی بیمه سلامت، در اختیار شما قرار گذاشته شده‌اند. نسخه‌برداری از این اطلاعات برای افشای بیشتر بدون اجازه کتبی ارباب‌رجوع/نماینده مجاز شخصی که این اطلاعات به او مربوط می‌شود ممنوع است، مگر اینکه قانون اجازه این کار را داده باشد. از بین بردن این اطلاعات بعد از اینکه مقصود عنوان‌شده در درخواست اصلی محقق شد، الزامی است.
نماینده: _____ شماره ارائه‌دهنده خدمات: _____ سازمان سلامت روان شهرستان لس آنجلس	

## رضایتنامه خدمات سازمان سلامت روان

## شهرستان لس آنجلس

این صفحه باید توسط کارکنان پر شود

در \_\_\_\_\_ امضاکننده رونوشت رضایتنامه را که \_\_\_\_\_ به او داده بود دریافت کرد  نپذیرفت .  
تاریخ \_\_\_\_\_  
حروف اول نام \_\_\_\_\_

این رضایتنامه برای اربابرجوع و/یا بزرگسال مسئول به \_\_\_\_\_ ترجمه شد.

اگر نسخه‌ای ترجمه شده از این رضایتنامه توسط اربابرجوع و/یا بزرگسال مسئول امضا شده است، نسخه ترجمه شده باید ضمیمه نسخه انگلیسی شود.

اربابرجوع و/یا بزرگسال مسئول قادر به امضا نیست/در دسترس نیست تا امضا کند. در \_\_\_\_\_ رضایت شفاهی/ضمنی اعلام شد.

تاریخ \_\_\_\_\_

اربابرجوع نابالغ است و فرم بالا را بدون رضایت والدین/سرپرست خود امضا کرد و من تأیید کرده‌ام که فرد نابالغ برای امضا کردن واجد شرایط است و امضای او مورد تأیید است (به بخش رضایت فرد نابالغ در زیر مراجعه کنید).

اگر بله، آیا اربابرجوع عضو **Medi-Cal با رضایت افراد نابالغ هست؟** بله  خیر

توجه: اگر فرد نابالغ عضو **Medi-Cal** با رضایت افراد نابالغ است، تمام خدمات باید تحت قوانین روند غیرقابل پرداخت برای **Medi-Cal** مطالبه شوند.

حکم دادگاه/جوابیه دادگاه گرفته شده است و رضایت خود فرد یا شخصی از طرف او مقدور نیست. صفحه اول رضایتنامه خدمات و همچنین سؤالات متداول را در اختیار اربابرجوع و/یا بزرگسال مسئول قرار داده‌ام.

امضای کارمند/عضو نیروی کار

تاریخ \_\_\_\_\_

## رضایت فرد نابالغ: لطفاً بخش(های) صادق در مورد فرد نابالغ را انتخاب کنید:

آزاد: طبق حکم دادگاه این فرد نابالغ دیگر تحت سرپرستی والدین/سرپرست خود نیست و توسط اداره راهنمایی و رانندگی برای او کارت شناسایی صادر شده است (قانون خانواده ۷۱۲۰ کالیفرنیا). یک رونوشت از کارت شناسایی باید ضمیمه این فرم شود.

در حال خدمت در نیروهای مسلح: این فرد نابالغ باید در حال حاضر مشغول خدمت در نیروهای مسلح ایالات متحده باشد. یک رونوشت از کارت خدمت باید ضمیمه این فرم شود (قانون خانواده ۷۰۰۲ کالیفرنیا).

متأهل: این فرد نابالغ متأهل است یا بوده است (قانون خانواده ۷۰۰۲ کالیفرنیا). رونوشت سند ازدواج باید ضمیمه این فرم شود.

مستقل: این فرد نابالغ با توانایی اعلام تمام موارد زیر، مستقل شناخته می‌شود (قانون خانواده ۶۹۲۲ کالیفرنیا).

- 15 سال یا بیشتر دارم و متولد \_\_\_\_\_ (تاریخ تولد) هستم.
- در نشانی دامنه در پذیرش برای خدمات زندگی می‌کنم که از خانه/محل اقامت والدین یا سرپرست قانونی‌ام جداست.
- همانطور که در اطلاعات مالی‌ای که در پذیرش برای خدمات ذکر کردم، امور مالی‌ام را خودم مدیریت می‌کنم.
- می‌دانم که هزینه خدمات سلامت روانم بر عهده خودم است و نمی‌توانم چون نابالغ هستم این رضایتنامه را نقض کنم.

## گزینه‌های زیر باید توسط یک متخصص مجاز سلامت روان تأیید/انتخاب شود.

نیاز به خدمات سلامت روان: این فرد نابالغ به خدمات سلامت روان نیاز دارد. گواهی می‌کنم که هر چهار شرط زیر وجود دارند (قانون خانواده ۶۹۲۴ کالیفرنیا).

1. اربابرجوع 12 سال یا بیشتر دارد و به‌قدر کافی بالغ هست که هوشمندانه در خدمات ارائه شده مشارکت کند.
2.  در \_\_\_\_\_ توسط \_\_\_\_\_ با والد(ین)/سرپرست(های) اربابرجوع تماس گرفته شد.

تاریخ \_\_\_\_\_

 تماس گرفته نشد زیرا \_\_\_\_\_

3. والد(ین)/سرپرست(های) اربابرجوع:  در خدمات ارائه شده دخیل هستند.

نمی‌خواهند یا آمادگی ندارند در درمان مشارکت کنند.  شایسته/مناسب مشارکت در خدمات ارائه شده نیستند.

4. اربابرجوع یکی از شرایط زیر را دارد:

اگر اجازه مشارکت به او داده نشود، خطر آسیب جدی جسمی یا روانی وجود دارد.  احتمال زنا یا محارم یا آزار/سوءاستفاده از کودک وجود دارد.

درخواست خدمات سلامت روان: اربابرجوع نابالغ/صغیر برای مشارکت در درمان سلامت روان به‌قدر کافی بالغ است. گواهی می‌کنم که هر سه معیار زیر رعایت شده و هزینه این خدمات از **Medi-Cal مطالبه نخواهد شد** (قانون سلامتی و ایمنی ۱۲۴۲۶۰). هزینه خدمات ارائه شده به اربابرجوعی که تنها این معیارها را دارد، هرگز به عهده **Medi-Cal** نخواهد بود؛ منابع مالی دیگری باید در دسترس باشند.

1. اربابرجوع 12 سال یا بیشتر دارد و به‌قدر کافی بالغ هست که هوشمندانه در خدمات ارائه شده مشارکت کند.

2.  در \_\_\_\_\_ توسط \_\_\_\_\_ با والد(ین)/سرپرست(های) اربابرجوع تماس گرفته شد.

تاریخ \_\_\_\_\_

 تماس گرفته نشد زیرا \_\_\_\_\_

3. والد(ین)/سرپرست(های) اربابرجوع:  در خدمات ارائه شده دخیل هستند.

نمی‌خواهند یا آمادگی ندارند در درمان مشارکت کنند.  شایسته/مناسب مشارکت در خدمات ارائه شده نیستند.

نکته: بدون امضای فرم رضایتنامه خدمات توسط والد/سرپرست، داروهای روان‌پزشکی برای اربابرجوع تجویز نخواهد شد.

امضا و تخصص متخصص مجاز سلامت روان

تاریخ \_\_\_\_\_

## رضایتنامه خدمات سازمان سلامت روان شهرستان لس آنجلس

## رضایت‌نامه خدمات سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس

### سوالات متداول

درمان از راه دور، تلفن، پیامک امن و ایمیل امن

#### خدمات درمان از راه دور/تلفنی چه تفاوتی با جلسات حضوری با کارکنان سلامت روان دارند؟

جز اینکه ارباب‌رجوع و متخصص سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس با هم در محل یکسانی نیستند، تفاوت خیلی کمی در جلسه وجود دارد. متخصص می‌تواند خدمات تخصصی سلامت روان مناسب را ارائه دهد، اطلاعات بالینی و خدمات ارائه‌شده را مستند کند و اطمینان حاصل کند که مستندات برای ارجاعات آینده در سوابق بالینی ارباب‌رجوع گنجانده شده است.

#### فرق بین خدمات درمان از راه دور و خدمات تلفنی چیست؟

خدمات درمان از راه دور شامل استفاده از تماس تصویری به همراه صوت است تا متخصص‌ها و ارباب‌رجوع بتوانند به صورت تصویری/همدیگر را ببینند و در ارتباط باشند هر چند که دو طرف در مکان‌های متفاوتی هستند. خدمات تلفنی شامل استفاده از تلفن است تا متخصص‌ها و ارباب‌رجوع بتوانند با هم در ارتباط باشند با این حال هیچ قابلیت تصویری وجود ندارد. هم در خدمات درمان از راه دور و هم خدمات تلفنی متخصص‌ها به ارائه خدمات تخصصی سلامت روان به ارباب‌رجوع ادامه می‌دهند و مستنداتی را هم فراهم می‌کنند که برای ارجاعت آینده در سوابق بالینی ارباب‌رجوع گنجانده می‌شوند.

#### اگر تصمیم بگیریم به استفاده از خدمات درمان از راه دور و/یا خدمات تلفنی رضایت ندهیم، چه اتفاقی می‌افتد؟

اگر تصمیم بگیرید به استفاده از خدمات درمان از راه دور و/یا خدمات تلفنی رضایت ندهید، سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس هنگام ارائه خدمات از این روش‌ها استفاده نخواهد کرد و فقط خدمات حضوری ارائه خواهد داد. به علاوه، رضایت ندادن به استفاده از خدمات درمان از راه دور و خدمات تلفنی، بر امکان دسترسی شما به خدمات تخصصی سلامت روان تحت پوشش تأثیری نمی‌گذارد. تلفن همچنان برای اهداف ارتباطی استفاده خواهد شد.

#### ایمیل امن چیست؟

ایمیل امن به ارباب‌رجوع این امکان را می‌دهد که به آسانی و با امنیت با کارکنان سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس ارتباط برقرار کنند طوری که تمام اطلاعات حساس احتمالی درباره ارباب‌رجوع ایمن نگه داشته شود. برای محافظت از اطلاعات محافظت‌شده سلامت ارباب‌رجوع، ایمیل‌های امن رمزگذاری می‌شوند که فرایند ناخواناسازی (خوانا نبودن) اطلاعات برای همه غیر از دریافت‌کننده موردنظر ایمیل است.

هر ایمیل ارسالی حاوی اطلاعات محافظت‌شده سلامت الکترونیکی ارباب‌رجوع، باید ایمن‌سازی شود. طبق قانون قابلیت انتقال و پاسخ‌گویی بیمه سلامت (HIPAA)، امنیت ایمیل و مقررات حریم خصوصی برای تضمین حفظ حریم خصوصی و محرمانگی ارباب‌رجوع ضروری است.

#### ظاهر ایمیل امن چگونه است و چگونه می‌توان آن را خواند؟

وقتی ایمیلی امن ارسال می‌شود، دریافت‌کننده فایل‌های زیر را دریافت می‌کند:

1. پیام ایمیل اطلاع‌رسانی: پیام اطلاع‌رسانی نشان می‌دهد که کسی/شخصی پیامی امن و رمزگذاری شده را به شکل پاکت‌نامه ثبت‌شده ارسال کرده است. اطلاع‌رسانی همچنین شامل لینک‌هایی به اطلاعاتی در مورد پاکت‌نامه‌های ثبت‌شده و سرویس پاکت‌نامه ثبت‌شده سیسکو (Cisco) است.

2. فایل ضمیمه به پیام رمزگذاری‌شده: نام فایل ضمیمه‌شده «[securedoc.html](http://file.lacounty.gov/dmh/cms1_180460.pdf)» است. این فایل هم شامل پاکت‌نامه ثبت‌شده و هم محتوای رمزگذاری‌شده است. برای مشاهده پاکت‌نامه ثبت‌شده، فایل ضمیمه‌شده باید در حافظه داخلی دستگاه ذخیره شود. باز کردن این ضمیمه به گیرنده اجازه می‌دهد تا خودش را ثبت‌نام کند، حساب بسازد، ایمیل رمزگذاری‌شده را بخواند و به‌طور امن و رمزگذاری‌شده پاسخ دهد.

برای دستورالعمل‌های کامل به این سند مراجعه کنید: [http://file.lacounty.gov/dmh/cms1\\_180460.pdf](http://file.lacounty.gov/dmh/cms1_180460.pdf)

## رضایت‌نامه خدمات سازمان سلامت روان

## شهرستان لس‌آنجلس

اگر تصمیم بگیرید به استفاده از ایمیل امن رضایت ندهم، چه اتفاقی می‌افتد؟

اگر تصمیم بگیرید به استفاده از ایمیل امن رضایت ندهید، کارکنان سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس به شما ایمیل نمی‌دهند و ایمیل را به‌عنوان راه ارتباطی به شما پیشنهاد نمی‌دهند. اگر بدون اعلام رضایت به ایمیل، به یکی از کارکنان سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس ایمیل بدهید، کارکنان از راه‌های ارتباطی دیگر پاسخ شما را خواهند داد (مثل تلفن یا پست).

## پیامک امن چیست؟

پیامک امن شامل استفاده از یک برنامه پیامک تأییدشده توسط سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس است که به ارائه‌دهندگان سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس اجازه می‌دهد پیام‌های متنی و عکس‌های رمزگذاری‌شده را به‌صورت امن ارسال و دریافت کنند. این روش ارتباطی امن، رمزگذاری‌شده و مطابق با تمام قوانین مربوط به حفاظت/امنیت اطلاعات محافظت‌شده سلامت است.

اگر تصمیم بگیرید به استفاده از برنامه پیامک امن سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس رضایت ندهم، چه اتفاقی می‌افتد؟

بدون رضایت به استفاده از برنامه پیامک امن سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس، کارکنان سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس به شما پیامک نمی‌دهند و پیامک را به‌عنوان راه ارتباطی به شما پیشنهاد نمی‌دهند. اگر به یکی از کارکنان سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس پیامک بدهید، کارکنان از راه‌های ارتباطی دیگر پاسخ شما را خواهند داد (مثل تلفن یا ایمیل امن).

## آیا مزایای رفت‌وآمد غیردرمانی برای من موجودند؟

خدمات رفت‌وآمد غیردرمانی برای تمام ارباب‌رجوع دارای Medi-Cal کامل و زنان باردار تا پایان ماهی که ۳۶۵امین روز پس از زایمان در آن قرار دارد، در دسترس است. ارباب‌رجوع باید به‌صورت شفاهی یا کتبی شهادت دهند که نیاز به رفت‌وآمدی دارند که برآورده نشده و دیگر منابع موجود به‌راحتی در دسترس نیستند. دلایل نیاز به رفت‌وآمد غیردرمانی می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- نداشتن گواهی‌نامه رانندگی معتبر
- نبود وسیله نقلیه کارآمد در خانه
- عدم توانایی تنها سفر کردن یا منتظر ماندن برای خدمات تحت پوشش Medi-Cal
- داشتن محدودیتی جسمانی، شناختی، ذهنی یا رشدی
- نداشتن پول بنزین برای رفتن به قرار ملاقات

## سوالات متداول

## دستورالعمل ازپیش‌تعیین‌شده مراقبت‌های درمانی

## دستورالعمل ازپیش‌تعیین‌شده مراقبت‌های درمانی چیست؟

دستورالعمل ازپیش‌تعیین‌شده، سندی قانونی است که به افراد اجازه می‌دهد از قبل خواسته‌های خود را ابراز کنند برای موقعی که در آینده نتوانند درمورد مراقبت‌های درمانی تصمیم بگیرند. دستورالعمل پیشین در کالیفرنیا شامل دو بخش است: (۱) تعیین یک نماینده برای مراقبت‌های درمانی و (۲) دستورالعمل‌های مراقبت‌های درمانی فردی.

## دستورالعمل ازپیش‌تعیین‌شده مراقبت‌های درمانی برای فردی با ناتوانی ناشی از مشکلات روحی-روانی چه فایده‌ای دارد؟

- اجازه می‌دهد تا شیوه‌های معالجه را برای وقتی که در آینده نیاز به درمان سلامت روان داشتید، انتخاب کنید. می‌توانید به پزشک، مؤسسه، ارائه‌دهنده مرکز درمانی و قاضی‌تان بگویید چه نوع درمانی را می‌خواهید و کدام را نمی‌خواهید.
- اگر خودتان نمی‌توانید تصمیم بگیرید، می‌توانید یک دوست یا عضوی از خانواده را برای گرفتن تصمیمات مراقبت‌های درمانی روانی انتخاب کنید.
- می‌تواند ارتباط بین شما و پزشکتان را بهبود ببخشد.
- می‌تواند نیاز به بستری طولانی‌مدت در بیمارستان را کاهش دهد.
- بخشی از سابقه پزشکی شما می‌شود.

## رضایت‌نامه خدمات سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس

چه کسانی می‌توانند دستورالعمل‌های ازپیش‌تعیین‌شده مراقبت‌های درمانی را پر کنند؟

هر فرد ۱۸ ساله یا بزرگتری که «صلاحیت» تصمیم‌گیری برای مراقبت‌های درمانی را دارد. منظور از «صلاحیت» این است که فرد ماهیت و عواقب مراقبت‌های درمانی پیشنهادی شامل خطرات و مزایا را درک می‌کند.

دستورالعمل ازپیش‌تعیین‌شده مراقبت‌های درمانی چه زمانی اجرایی می‌شود؟

دستورالعمل ازپیش‌تعیین‌شده مراقبت‌های درمانی زمانی اجرایی می‌شود که پزشک خانواده فرد تشخیص دهد که فرد «صلاحیت» تصمیم‌گیری برای مراقبت‌های درمانی خود را ندارد. این یعنی فرد ماهیت و عواقب مراقبت‌های درمانی پیشنهادی را درک نمی‌کند. این که فرد در یک مرکز روان‌پزشکی پذیرش شده است، به معنای «صلاحیت» داشتن فرد نیست.

دستورالعمل‌های ازپیش‌تعیین‌شده مراقبت‌های درمانی تا چه زمانی معتبر هستند؟

اعتبار دستورالعمل‌های ازپیش‌تعیین‌شده مراقبت‌های درمانی در کالیفرنیا نامحدود است. تا وقتی که «صلاحیت» تصمیم‌گیری دارید، می‌توانید در هر زمانی تصمیم‌تان را عوض کنید. ایده خوبی است که سالانه دستورالعمل ازپیش‌تعیین‌شده مراقبت‌های درمانی خود را مرور کنید تا اطمینان یابید که خواسته‌های‌تان ذکر شده‌اند.

آیا داشتن دستورالعمل ازپیش‌تعیین‌شده مراقبت‌های درمانی ضروری است؟

خیر. صرفاً راهی است تا خواسته‌های‌تان را زمانی که قادر هستید، به‌صورت مکتوب درآوردید. انتخاب‌های‌تان مهم هستند.

از کجا می‌توانم توصیه‌های قانونی درباره دستورالعمل ازپیش‌تعیین‌شده مراقبت‌های درمانی دریافت کنم؟

- وکیل‌تان
- شرکت حفاظت و وکالت

از کجا می‌توانم فرم‌های دستورالعمل ازپیش‌تعیین‌شده مراقبت‌های درمانی را بگیرم؟

- وکیل‌تان
- فروشگاه‌های لوازم‌التحریر
- اینترنت

چه کسانی باید نسخه‌ای از دستورالعمل‌های ازپیش‌تعیین‌شده مراقبت‌های درمانی را داشته باشند؟

- شما (دستورالعمل ازپیش‌تعیین‌شده مراقبت‌های درمانی شما باید در جایی امن اما با دسترسی راحت قرار داشته باشد).
- نماینده شما (فردی که تعیین شده تا در صورت ناتوانی شما برای تصمیم‌گیری درمورد مراقبت‌های درمانی، این کار را انجام دهد).
- هر یک از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های درمانی شما
- هر یک از ارائه‌دهندگان سلامت روان شما

در صورتی که تغییراتی در این سند ایجاد کنید، مهم است بدانید چه کسانی نسخه‌ای از دستورالعمل‌های ازپیش‌تعیین‌شده مراقبت‌های درمانی شما را در اختیار دارند.

شکایات مربوط به عدم اجرای دستورالعمل ازپیش‌تعیین‌شده مراقبت‌های درمانی را به کجا ارسال کنم؟

شکایات مربوط به عدم اجرای مقررات دستورالعمل ازپیش‌تعیین‌شده مراقبت‌های درمانی را می‌توان با تماس با شماره ۹۷۴۷-۲۳۶-۸۰۰ یا با ارسال نامه به نشانی کالیفرنیا، ساکرامنتو، ۷۴۱۳-۹۵۸۹۹ به صندوق پستی ۹۹۷۴۱۳ در اداره صدور مجوز و گواهی سازمان خدمات درمانی کالیفرنیا ثبت کرد.