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 پرونده، 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 موردتأیید 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 سؤالات 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 درمورد 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 (۱۲ساله 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 به بی‌اطلاعی 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 لس‌آنجلس

دستورالعمل‌های ازپیش‌تعیین‌شده مراقبت‌های درمانی برای ذی‌نفعان بزرگسال
تمام ذی‌نفعان 18 سال و بیشتر Medi-Cal این حق را دارند که درمورد روند درمان خود تصمیم بگیرند مگر آنکه تحت محافظت باشند یا به شخص ثالثی اجازه داده شده باشد که درمورد 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 درمورد 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 تولید کنندگان 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.

راهنمای حرفه‌های بالینی
اداره سلامت روان (Department of Mental Health) پارامترهایی برای حرفه‌های بالینی تدوین و اتخاذ می‌کند که مبتنی بر شواهد بالینی معتبر و موثق و یا اجماع نظر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان است. پارامترهای مربوط به حرفه‌های بالینی به طور مرتب بازنگری و به‌روزرسانی می‌شود. برای آگاهی از پارامترهای اداره سلامت روان (DMH) برای حرفه‌های بالینی، به وب‌سایت https://secure2.compliancebridge.com/lacdmh/public/index.php?fuseaction=app.main&msg= رجوع کنید یا از ارائه‌دهنده خدمات خود بپرسید.

MyHealthPointe
MyHealthPointe یک درگاه آنلاین برای مراجعان است که دسترسی آسان و امن به سوابق آنلاین سلامت روان شما را فراهم می‌کند. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر به وب‌سایت ما رجوع کنید: https://dmh.lacounty.gov/client-portal/.

با اعلام رضایت به خدمات سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس، 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 لس‌آنجلس** آمده، مطلع شوید و در منتخبی از آنها مشارکت کنید.
2. حق دارید خدمات دریافت کنید بدون اینکه لازم باشد خدمات دیگری را هم از سامانه سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس 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 لس‌آنجلس 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.

رضایت‌نامه خدمات سازمان سلامت روان
شهرستان لس‌آنجلس

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 درمورد درمان متناسب با نیازهای شما و به‌منظور کیفیت مراقبت به کامل‌ترین اطلاعات درمورد شما دسترسی دارند.
7. اطلاعات آماری و بالینی شما در سامانه سوابق الکترونیکی سلامت سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس وارد شده است و می‌تواند در صورت لزوم در دسترس کارکنان سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس و دیگر افراد مجاز دخیل در درمان شما 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 مورداستفاده 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 درمورد 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**، ملاحظاتی فنی برای دستگاه(های) شخصی‌تان وجود دارد. با رضایت دادن، متوجه/آگاه از موارد زیرمی‌باشید:

1. در صورتی که نصب برنامه درمان از راه دور، پیامک امن/ایمیل امن موردتأیید 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 درمورد 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 موردتأیید 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 لس‌آنجلس

این‌جانب، _____، موافقت خود را برای دریافت خدمات سلامت روان **از سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس** اعلام می‌دارم.

اطلاعات موجود در این رضایت‌نامه را خوانده‌ام. این فرصت را داشتم که پرسش‌های خود را درمورد 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: _____

درمورد دستورالعمل‌های پیشین مراقبت درمانی به من اطلاعات داده شده است. بله ☐ خیر ☐

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

_____ امضای ارباب‌رجوع /مراجعه کننده

_____ تاریخ

_____ امضای بزرگسال مسئول

_____ نسبت با ارباب‌رجوع

_____ تاریخ

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

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.

نام_____ **شماره شناسایی سازمان سلامت روان:** _____

نمایندگی: _____ **شماره ارائه‌دهنده خدمات:** _____

سازمان سلامت روان شهرستان لس‌آنجلس

رضایت‌نامه خدمات سازمان سلامت روان
شهرستان لس‌آنجلس

این صفحه باید توسط کارکنان پر شود

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

رضایت‌نامه خدمات سازمان سلامت روان
شهرستان لس‌آنجلس

سؤالات 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 به‌همراه صوت است تا متخصص‌ها و ارباب‌رجوع بتوانند به‌صورت 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 مستندانی را هم فراهم می‌کنند که برای ارجاعات آینده در سوابق بالینی ارباب‌رجوع گنجانده می‌شوند.

اگر تصمیم بگیرم به استفاده از خدمات درمان از راه دور و/یا خدمات تلفنی رضایت ندهم، 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 به‌آسانی 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 به‌شکل پاکت‌نامه ثبت‌شده ارسال کرده است. اطلاع‌رسانی همچنین شامل لینک‌هایی به اطلاعاتی درمورد پاکت‌نامه‌های ثبت‌شده و سرویس پاکت‌نامه ثبت‌شده سیسکو(Cisco) است.

2. فایل ضمیمه به پیام رمزگذاری‌شده: نام فایل ضمیمه‌شده «securedoc.html» 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

رضایت‌نامه خدمات سازمان سلامت روان
شهرستان لس‌آنجلس

اگر تصمیم بگیرم 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 ارتباط 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 ارتباط، امن، رمزگذاری‌شده و مطابق با تمام قوانین مربوط به حفاظت/ امنیت اطلاعات محافظت‌شده سلامت است.

اگر تصمیم بگیرم 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 ارتباط 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

سؤالات 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 شیوه 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 مراقبت 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.

MH 500
7/1/2024

رضایت‌نامه خدمات سازمان سلامت روان
شهرستان لس‌آنجلس

چه کسانی می‌توانند دستورالعمل‌های ازپیش‌تعیین‌شده مراقبت‌های درمانی را پر کنند؟
هر فرد ۱۸ساله 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» نداشتن 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 درآورید. 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 ۱-۸۰۰-۲۳۶-۹۷۴۷ یا با ارسال نامه به نشانی کالیفرنیا، ساکرامنتو، ۹۵۸۹۹-۷۴۱۳ به صندوق پستی ۹۹۷۴۱۳ در اداره صدور مجوز و گواهی سازمان خدمات درمانی کالیفرنیا ثبت کرد.