Լոս Անջելեսի Շրջանի Հոգեկան Առողջության Վարչություն
Համաձայնություն Ծառայությունների Տրամադրմանը

Ծառայություններ
Լոս Անջելեսի Շրջանի Հոգեկան Առողջության Վարչությունը (LACDMH) տրամադրում է **Հոգեկան Առողջության Մասնագիտացված Ծառայություններ** (SMHS) այն մարդկանց, ովքեր ունեն այնպիսի հոգեկան խանգարումներ կամ հուզական խնդիրներ, որոնք պահանջում են բուժում մասնագետի կողմից: Այդ խանգարումները կամ խնդիրները այնքան լուրջ են, որ խոչընդոտում են անձի առօրյա գործունեությանը: SMHS-ը կարող է ներառել հոգեբանական թեստեր, հոգեթերապիա/խորհրդատվություն, վերականգնողական ծառայություններ, դեղորայք, հոգեկան խանգարման դեպքերի կառավարում, լաբորատոր թեստեր, ախտորոշիչ գործողություններ և այլ համապատասխան ծառայություններ: Այդ ծառայությունների մասին հավելյալ տեղեկությունների համար խնդրում ենք այցելել **Լոս Անջելեսի Շրջանի Շահառուների՝ Հոգեկան Առողջության Մասնագիտացված Ծառայությունների Ձեռնարկ՝** https://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/: Դուք կարող եք պահանջել այդ ձեռնարկի պատճեն ցանկացած ժամանակ:

LACDMH-ի համակարգի շրջանակներում հաճախորդին տրամադրվող բոլոր մասնագիտացված ծառայությունները (SMHS) կհամակարգվեն մեկ գործակալության անձնակազմի կողմից: Ծառայությունները կարող են մատուցվել տարբեր վայրերում, եթե դա կօգնի հաճախորդի բուժմանը: Լոս Անջելեսի Շրջանում LACDMH-ի անմիջապես ձեզ հետ աշխատող և պայմանագրային մատակարարների կայքերը գտնելու համար՝ այցելեք **LACDMH-ի Մատակարարների Տեղեկատու՝** https://dmh.lacounty.gov/pd/:

Ծառայությունների Տրամադրում
Հոգեկան Առողջության Մասնագիտացված Ծառայություններ (SMHS) տրամադրելիս Լոս Անջելեսի Շրջանի Հոգեկան Առողջության Վարչությունը (LACDMH) օգտվում է **Հեռա-առողջապահության, Հեռախոսի, Ապահով Տեքստային և Էլեկտրոնային Նամակների** ծառայություններից՝ մեր հաճախորդների պահանջները լավագույնս բավարարելու համար: Հեռա-առողջապահության ծառայությունը (տեսողական և ձայնային հաղորդակցությամբ) և Հեռախոսը (միայն ձայնային հաղորդակցությամբ) այնպիսի եղանակներ են, որոնցով անձնակազմը կարող է ավելի լավ հասանելիություն ապահովել մեր ապահովագրված ծառայություններին՝ ի հավելումն մեր հաճախորդների հետ շփվելուն: Օգտվելով հեռա-առողջապահության ծառայությունից կամ հեռախոսից՝ հաճախորդները կկարողանան խոսել հոգեկան առողջության բաժնի աշխատակիցների հետ և մասնակցել հոգեկան առողջության ծառայություններին իրենց տեղակայման վայրից: Ապահով Տեքստային և Էլեկտրոնային Նամակները հավելյալ եղանակներ են, որոնց միջոցով մեր անձնակազմը կարող է արագ և արդյունավետորեն հաղորդակցվել հաճախորդների հետ, իրենց տրամադրվող ծառայություններին առնչվող հարցերի դեպքում: Ապահով տեքստային և էլեկտրոնային նամակները կուղարկվեն LACDMH-ի կողմից հաստատված հավելվածի միջոցով, իսկ Ապահով Տեքստային Նամակների (Secure Text) միջոցով տրամադրվող տեղեկատվությունը կսահմանափակվի ժամադրության և բուժման մասին հիշեցումներով: Անձնակազմը չի օգտագործի Ապահով տեքստային նամակները ախտորոշման կամ բուժման նպատակներով: Կարևոր է, որ հաճախորդները իրենց հոգեկան առողջության ծառայությունների մատակարար(ներ)ին հայտնեն իրենց ընթացիկ կոնտակտային տվյալները՝ ցանկացած պահի դրանց փոփոխման դեպքում: Հեռա-առողջապահության, հեռախոսի, ապահով տեքստային և էլեկտրոնային նամակների մասին հավելյալ տեղեկությունների համար՝ տե՛սեք ստորև ներկայացված Հաճախ Տրվող Հարցերի էջը:

Հաճախորդներն իրավասու են օգտվելու ցանկացած ապահովագրված ծառայություններից, որոնք կարող են մատուցվել հեռա-առողջապահության կամ հեռախոսի միջոցով անձնական այցի ժամանակ, եթե ցանկանում են: Medi-Cal-ի ապահովագրությունը ներառում է փոխադրամիջոցների հասանելիություն անձնական այցելությունների համար, երբ այլ հասանելի ռեսուրսները ողջամտորեն սպառված են: Փոխադրամիջոց ստանալու մասին տեղեկություններ ստանալու համար խոսեք ձեր Կառավարվող Բուժման Ծրագրի Անդամների Սպասարկման Բաժնի հետ կամ այցելեք՝ https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Transportation.aspx

Համաձայնություն Տալու Անչափահասի Կարողությունը
Անչափահասների դեպքում (օրինակ՝ 18 տարեկանից փոքր հաճախորդները) սովորաբար նրանց օրինական խնամակալ(ներ)ը տալիս են ծառայություններ ստանալու համաձայնություն իրենց երեխայի անունից: Այնուամենայնիվ, կան իրավիճակներ, երբ անչափահասները (12 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի) կարող են որակավորվել որպես բավարար հասուն՝ իրենց ծառայություններին համաձայնություն տալու համար: Եթե որոշվում է, որ դա կլինիկորեն հարմար է, բժիշկը կլրացնի **Անչափահասի Համաձայնության** բաժինը՝ որոշելու, թե արդյոք անչափահաս անձը բավականաչափ հասուն է՝ մասնակցելու և համաձայնություն տալու ծառայություններին: Անչափահաս անձը կարող է հրաժարվել ընդունել հոգեմետ դեղեր: Բացի իր անձնական Հոգեկան Առողջության Մասնագիտացված Ծառայություններին (SMHS) համաձայնություն տալուց, եթե անչափահասը ցանկանում է առանձնանալ իր օրինական խնամակալի Medi-Cal-ից՝ իր անձնական ապահովագրությունը ստեղծելու համար (ինչը կարող է հանգեցնել նրան, որ օրինական խնամակալները տեղյակ չլինեն նրա բուժումից), նա պետք է դիմի Հանրային Սոցիալական Ծառայությունների Բաժին (DPSS)՝ **Անչափահասների Համաձայնությունը Medi-Cal-ին** կամ **Ձգայուն Ծառայություններ** ծրագրերում ներգրավվելու համար: Այս ծրագրի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար՝ այցելեք https://dpss.lacounty.gov/en/health/teens.html:

LACDMH Համաձայնություն Ծառայություններին

Լոս Անջելեսի Շրջանի Հոգեկան Առողջության Վարչություն Համաձայնություն Ծառայությունների Տրամադրմանը

Բուժման Նախնական Կարգադրություններ Չափահաս Շահառուների Համար
Medi-Cal-ի՝ 18 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի բոլոր շահառուներն իրավունք ունեն որոշումներ կայացնել իրենց բուժման վերաբերյալ, եթե չկան սահմանափակումներ, կամ եթե երրորդ կողմին տրված չէ իրենց բուժման հետ կապված որոշումներ կայացնելու հնարավորություն: **Բուժման Նախնական Կարգադրությունը** իրավական փաստաթուղթ է, որը թույլ է տալիս անձին նախապես հայտնել իր ցանկությունների մասին, եթե հետագայում նա ի վիճակի չի լինելու կայացնել առողջությանը վերաբերող որոշումներ: Բուժման Նախնական Կարգադրության մեջ ներառված բոլոր տեղեկությունները կպահպանվեն հաճախորդի կլինիկական քարտում: Բուժման Նախնական Կարգադրությունների և դրանց կատարման մասին հավելյալ տեղեկությունների համար՝ տե՛սեք ստորև ներկայացված Հաճախ Տրվող Հարցերը:

Վճարումների Վերաբերյալ Տվյալների Բաց Բազա
Ըստ Բժիշկների Վճարումների Թափանցիկության մասին Դաշնային Օրենքի (The Physician Payments Sunshine Act)՝ դեղամիջոցներ, բժշկական սարքեր և կենսաբանական նյութեր արտադրողների կողմից բժիշկներին տրամադրվող տասը դոլարից ($10) ավելի վճարումների մասին մանրամասն տեղեկատվությունը պետք է հասանելի լինի հանրությանը: Վճարումների Վերաբերյալ Տվյալների Բաց Բազան դաշնային գործիք է, որն օգտագործվում է դեղամիջոցներ և բժշկական սարքեր արտադրող ընկերությունների կողմից բժիշկներին և ուսումնական հիվանդանոցներին կատարված վճարումների որոնման համար: Վճարումների Վերաբերյալ Տվյալների Բաց բազան կարելի է գտնել http://openpaymentsdata.cms.gov կայք էջում:

Կլինիկական պրակտիկայի ուղեցույցներ
Հոգեկան առողջության վարչությունը մշակում և ընդունում է կլինիկական պրակտիկայի պարամետրեր, որոնք հիմնված են վավերական և հուսալի կլինիկական վկայությունների վրա և/կամ հոգեկան առողջության մատակարարների համաձայնության հիման վրա են: Կլինիկական պրակտիկայի պարամետրերը պարբերաբար վերանայվում և թարմացվում են: Հոգեկան առողջության վարչության Կլինիկական պրակտիկայի պարամետրերը կարելի է գտնել այստեղ՝https://secure2.compliancebridge.com/lacdmh/public/index.php?fuseaction=app.main&msg= կամ հարցնելով Ձեր մատակարարին:

MyHealthPointe
MyHealthPointe-ը հաճախորդների առցանց պորտալ է, որն ապահովում է հեշտ և անվտանգ մուտք դեպի Ձեր հոգեկան առողջության առցանց գրառումներ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք մեր կայքը՝ https://dmh.lacounty.gov/client-portal/.

Համաձայնելով LACDMH-ի ծառայություններին՝ դուք գիտակցում եք, որ.

1. Դուք իրավունք ունեք տեղեկանալու և մասնակցելու Հոգեկան Առողջության Մասնագիտացված Ծառայությունների ընտրությանը, որը ներկայացված է **Լոս Անջելեսի Շրջանի Շահառուներին Տրամադրվող Հոգեկան Առողջության Մասնագիտացված Ծառայությունների Ձեռնարկում**:
2. Դուք իրավունք ունեք ստանալու ծառայություններ՝ առանց LACDMH-ի համակարգից այլ ծառայություններ ստանալու պահանջի:
3. Բոլոր ծառայությունները, ներառյալ հեռա-առողջապահության, հեռախոսի, ապահով էլեկտրոնային և/կամ տեքստային նամակների օգտագործումը կամավոր են, և դուք իրավունք ունեք պահանջել փոխել ծառայության մատակարարին (գործակալություն կամ աշխատակից):
4. Դուք կարող եք ցանկացած պահի դադարեցնել կամ չեղարկել ցանկացած ծառայության, ծառայության տեսակի կամ հաղորդակցման եղանակի համար ձեր տված համաձայնությունը, ներառյալ ցանկացած պահի բուժման ընթացքում՝ առանց ազդելու հետագա խնամքի, բուժման իրավունքի վրա և առանց ցանկացած ծրագրի առավելություններից (որոնք դուք այլապես իրավունք կունենայիք ստանալու) օգտվելու հնարավորության կորստի կամ դրանց չտրամադրման վտանգի: Հոգեկան առողջության անձնակազմը կարող է նաև հրաժարվել ծառայության հատուկ եղանակներ կամ հաղորդակցման միջոցներ օգտագործելու հնարավորությունից ցանկացած ժամանակ, երբ կորոշվի, որ դա ծառայությունների տրամադրման և/կամ հաղորդակցության ամենահարմար միջոցը չէ:
5. LACDMH-ի բոլոր աշխատակիցները, որպես իրենց աշխատանքի պայման, ամեն տարի ստորագրում են գաղտնիության պահպանման երդում, որն արգելում է նրանց տրամադրել հաճախորդների մասին տեղեկություններ, բացառությամբ այն դեպքերի, որոնք թույլատրվում են դաշնային, նահանգային և Վարչության գաղտնիության մասին օրենքներով, քաղաքականություններով և ընթացակարգերով:

LACDMH Համաձայնություն Ծառայություններին

6. Անձնակազմին տրամադրված ցանկացած տեղեկություն, որը նրանց կողմից սահմանվում է որպես բուժման համար կարևոր տեղեկատվություն, գրանցվում է կլինիկական գրանցամատյանում՝ ապահովելու համար, որ ձեր պահանջներին և բուժման որակին համապատասխան բուժում նշանակելիս բուժանձնակազմին հասանելի լինի ձեր մասին առավել ամբողջական տեղեկատվություն:
7. Ձեզ վերաբերող ժողովրդագրական և կլինիկական տեղեկությունները մուտքագրվում են LACDMH-ի առողջապահական տեղեկատվության գրանցման էլեկտրոնային համակարգում և կարող են հասանելի լինել LACDMH-ի աշխատակիցներին և ձեր բուժման մեջ ներգրավված այլ լիազորված անձանց՝ ըստ պահանջի: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար՝ խնդրում ենք օգտվել Լոս Անջելեսի Շրջանի Առողջապահական Գործակալության Գաղտնիության Ծանուցումից:
8. Հեռա-առողջապահության և հեռախոսային ծառայությունների հնարավոր վտանգը ներառում է կիրառվող սարքավորումների մասնակի կամ ամբողջական խափանում, որը կարող է հանգեցնել նրան, որ հոգեկան առողջության աշխատակիցները ժամանակավորապես չկարողանան տրամադրել հոգեկան առողջության ծառայություններ:
9. Համաձայնվելով ապահով էլեկտրոնային և/կամ տեքստային նամակների օգտագործմանը՝ դուք համաձայնվում եք թույլատրել LACDMH-ի աշխատակիցներին ուղարկել ձեզ ձեր հոգեկան առողջության վիճակի և խնամքի մասին տեղեկատվություն ապահով տեքստային և էլեկտրոնային նամակների միջոցով:
10. Ապահով էլեկտրոնային և տեքստային նամակները երբեք չեն օգտագործվի արտակարգ կամ հրատապ իրավիճակների ժամանակ և/կամ ախտորոշման նպատակներով: Դուք պետք է քննարկեք ծառայությունների մատակարարի հետ, թե ինչպես լավագույնս կապ հաստատել նրանց հետ սովորական աշխատանքային ժամերից հետո կամ արտակարգ և հրատապ իրավիճակներում: Ապահով էլեկտրոնային և տեքստային նամակների միջոցով առողջական վիճակի գնահատման ցանկացած պահանջ ենթակա է մերժման:

Կան տեխնիկական նկատառումներ ձեր անձնական սարք(եր)ի համար, երբ օգտվում եք **Հեռա-առողջապահության, Հեռախոսի, Ապահով Էլեկտրոնային** և/կամ **Տեքստային Նամակների** ծառայություններից: Համաձայնվելով՝ դուք գիտակցում եք հետևյալը.

1. LACDMH-ը պատասխանատվություն չի կրում ձեր սարքի համար, եթե LACDMH-ի հաստատված հեռա-առողջապահության/ ապահով տեքստային/ էլեկտրոնային նամակների հավելվածի տեղադրումն առաջացնում է որևէ անհամատեղելիություն, անսարքություն կամ վնաս:
2. Դուք կրում եք լիարժեք պատասխանատվություն ձեր սարքի և հավելվածների հետ աշխատելու, դրանք գործարկելու և դրանց տեխնիկական սպասարկման համար: Եթե ձեր սարքը վնասվի, կորչի, կամ այն գողանան, LACDMH-ը չի կրելու պատասխանատվություն տեղեկատվության բացահայտման համար, ներառյալ, սակայն չսահմանափակվելով, սարքում գտնվող Առողջության Վերաբերյալ Պաշտպանված Տեղեկատվությունը (PHI):
3. LACDMH-ը չի թույլատրում բժշկական սեսիաների ձայնագրում, ներառյալ հեռախոսով և հեռա-առողջապահության ծառայության միջոցով անցկացվող սեսիաները, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ ձեր և ձեր բժիշկի կողմից տրված է հստակ համաձայնություն:
4. LACDMH-ը չի տրամադրի ձեր անձնական նկարները կամ հեռա-առողջապահական համագործակցություններից ստացված տեղեկությունները գիտաշխատողներին կամ այլ կազմակերպությունների՝ առանց ձեր համաձայնության:
5. Ապահով տեքստային և/կամ էլեկտրոնային նամակները ուղարկելու և այն պահի միջև, երբ ձեր բուժող բժիշկը կարդում և/կամ պատասխանում է ձեր նամակին, կարող է լինել ուշացում: Դուք չեք իմանա՝ արդյոք ձեր բժիշկը տեսել է տեքստային/ էլեկտրոնային նամակում ներառված տեղեկությունները, և LACDMH-ը չի կարող կանխատեսել, թե դուք երբ կստանաք պատասխան:
6. LACDMH-ի կողմից հաստատված ապահով տեքստային և էլեկտրոնային նամակների ծառայությունը LACDMH-ի անձնակազմին տեքստային եղանակով տեղեկատվություն ուղարկելու և ստանալու միակ տարբերակն է:
7. Դուք պատասխանատվություն եք կրում ցանկացած տվյալների օգտագործման կամ տեքստային նամակներ ուղարկելու վճարների համար, որոնք կապված են ձեր անձնական սարքով հեռա-առողջապահության, հեռախոսի և ապահով տեքստային նամակների ծառայություններից օգտվելու հետ:

Լոս Անջելեսի Շրջանի Հոգեկան Առողջության Վարչություն
Համաձայնություն Ծառայությունների Տրամադրմանը

8. Ապահով տեքստային և էլեկտրոնային նամակներով ուղարկված տեղեկատվությունը կարող է օգնել հոգեկան առողջության աշխատակիցներին բուժման և ժամանակացույցի տրամադրման հարցում:
9. Թեև էլեկտրոնային և տեքստային նամակ(ներ)ը ուղարկվելու են ապահով միջոցներով, կա վտանգ, որ Ձեզ ուղղված էլեկտրոնային կամ տեքստային նամակը կարող է պատահաբար ուղարկվել սխալ էլեկտրոնային հասցեի կամ հեռախոսահամարի:

Ես, _____, համաձայնվում եմ ստանալ հոգեկան առողջության ծառայություններ **Լոս Անջելեսի Շրջանի Հոգեկան Առողջության Վարչության** կողմից:

Ես կարդացել եմ այս համաձայնության մեջ տրամադրված տեղեկատվությունը: Ես հնարավորություն եմ ունեցել ուղղելու հարցեր այդ տեղեկությունների վերաբերյալ, և իմ բոլոր հարցերին տրվել են պատասխաններ: Ես հասկանում եմ տրամադրված գրավոր տեղեկատվությունը:

Ես համաձայվնում եմ Հեռա-առողջապահության ծառայությունների օգտագործմանը Այո ☐ Ոչ ☐

Ես համաձայնվում եմ Հեռախոսային ծառայությունների օգտագործմանը Այո ☐ Ոչ ☐

Ես համաձայնվում եմ ապահով տեքստային նամակների օգտագործմանը հաղորդակցության համար Այո ☐ Ոչ ☐

Ես համաձայնվում եմ Ապահով էլեկտրոնային նամակների օգտագործմանը հաղորդակցության համար Այո ☐ Ոչ ☐

Էլեկտրոնային հասցե հեռա-առողջապահության և/կամ ապահով էլ. նամակների համար՝ _____

Հեռախոսահամար ապահով հեռախոսազանգերի և/կամ տեքստային նամակների համար՝ _____

Ինձ տրամադրվել է տեղեկատվություն Բուժման Նախնական Կարգադրությունների վերաբերյալ Այո ☐ Ոչ ☐

Տվյալ պահին ես ունեմ Բուժման Նախնական Կարգադրություն Այո ☐ Ոչ ☐
Եթե այո, խնդրում ենք տրամադրել պատճենը, որպեսզի մենք տեղադրենք այն ձեր կլինիկական քարտի մեջ

_____ Հաճախորդի Ստորագրությունը

_____ Ամսաթիվը

_____ Պատասխանատու Չափահաս Անձի Ստորագրությունը*

_____ Կապը Հաճախորդի Հետ

_____ Ամսաթիվը

* Պատասխանատու Չափահաս Անձ = Անչափահաս Անձի Խնամողը, Խնամակալը, կամ Ծնողը՝ ըստ անհրաժեշտության:

Սույն գաղտնի տեղեկատվությունը տրամադրվում է ձեզ՝ համաձայն Նահանգային և Դաշնային օրենքների և կարգավորումների՝ ներառյալ, բայց չսահմանափակվելով, Սոցիալական Ապահովության և Հաստատությունների մասին Օրենսգրքի, Քաղաքացիական Օրենսգրքի և HIPAA-ի Գաղտնիության Չափանիշների: Սույն տեղեկատվության կրկնօրինակումը հետագայում դրանց տրամադրման նպատակներով արգելվում է՝ առանց այն հաճախորդի/օրինական ներկայացուցչի նախնական գրավոր թույլտվության, որին դա վերաբերում է, եթե այլ բան նախատեսված չէ օրենքով: Պահանջվում է ոչնչացնել սույն տեղեկատվությունը դրանում ներկայացված բուն պահանջի կատարումից հետո:

Անուն_____ **DMH ID#:** _____

Գործակալություն_____ **Բժիշկ #:** _____

Լոս Անջելեսի Շրջան՝ Հոգեկան Առողջության Վարչություն

Լոս Անջելեսի Շրջանի Հոգեկան Առողջության Վարչություն
Համաձայնություն Ծառայությունների Տրամադրմանը

Այս էջը լրացվում է Անձնակազմի կողմից

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

Լոս Անջելեսի Շրջանի Հոգեկան Առողջության Վարչություն
Համաձայնություն Ծառայությունների Տրամադրմանը

Հաճախ Տրվող Հարցեր
Հեռա-առողջապահություն, Հեռախոս, Ապահով Տեքստային և Էլեկտրոնային Նամակներ

Ինչպե՞ս են Հեռա-առողջապահության/Հեռախոսային ծառայությունները տարբերվում հոգեկան առողջության անձնակազմի հետ անհատական հանդիպումներից:
Բացի նրանից, որ հաճախորդը և LACDMH-ի բժիշկը միասին նույն ֆիզիկական վայրում չեն գտնվում, սեսիաների մեջ կա շատ քիչ տարբերություն: Բժիշկը կկարողանա տրամադրել Հոգեկան Առողջության համապատասխան Մասնագիտացված Ծառայություն (SMHS), փաստաթղթավորել կլինիկական տեղեկատվությունը և տրամադրվող ծառայությունը և հոգ տանել այն մասին, որ փաստաթղթերը ներառվեն հաճախորդի կլինիկական քարտում՝ հետագա ուղղորդումների համար:

Ո՞րն է Հեռա-առողջապահության և Հեռախոսի ծառայությունների միջև տարբերությունը:
Հեռա-առողջապահության ծառայությունները ներառում են հեռախորհրդաժողովի անցկացում ձայնային վերարտադրությամբ, այնպես որ բժիշկներն ու հաճախորդները կարող են տեսնել և շփվել միմյանց հետ, չնայած նրան, որ երկու կողմերն էլ գտնվում են տարբեր ֆիզիկական վայրերում: Հեռախոսային ծառայությունները ներառում են հեռախոսի օգտագործումը, այնպես որ բժիշկներն ու հաճախորդները նույնպես կարող են շփվել միմյանց հետ, սակայն չկա միմյանց տեսնելու հնարավորություն: Ինչպես հեռա-առողջապահության, այնպես էլ հեռախոսային ծառայությունների դեպքում բժիշկները կշարունակեն հաճախորդին տրամադրել ապահովագրված Հոգեկան Առողջության Մասնագիտացված Ծառայություն (SMHS), ինչպես նաև տրամադրել փաստաթղթեր, որոնք կներառվեն հաճախորդի կլինիկական քարտում՝ հետագա ուղղորդումների համար:

Ի՞նչ տեղի կունենա, եթե ես որոշեմ համաձայնություն չտալ Հեռա-առողջապահության և/կամ Հեռախոսային ծառայությունների օգտագործմանը:
Եթե դուք որոշում եք չհամաձայնել Հեռա-առողջապահության և/կամ Հեռախոսային ծառայությունների օգտագործմանը, LACDMH-ը ծառայությունները տրամադրելիս չի օգտվի այդ մեթոդներից և ծառայությունները կտրամադրի միայն ձեր անմիջական մասնակցությամբ: Բացի այդ, Հեռա-առողջապահության և/կամ Հեռախոսային ծառայությունների օգտագործմանը չհամաձայնելու որոշումը չի ազդի ցանկացած ապահովագրված SMHS-ին հասանելիության ձեր հնարավորության վրա: Հաղորդակցության նպատակներով կշարունակվի օգտագործել հեռախոս:

Ի՞նչ է Ապահով Էլեկտրոնային Նամակը:
Ապահով էլեկտրոնային նամակը հնարավորություն է տալիս հաճախորդներին հեշտությամբ և անվտանգ կերպով շփվել LACDMH-ի անձնակազմի հետ, որպեսզի ապահով պահպանվի հաճախորդի վերաբերյալ ցանկացած հնարավոր զգայուն տեղեկատվություն: Հաճախորդների Առողջության Վերաբերյալ Պաշտպանված Տեղեկատվությունը (PHI) պաշտպանելու համար՝ ապահով էլեկտրոնային նամակներն անցնում են ծածկագրում՝ գործընթաց, որի շնորհիվ տեղեկատվությունը անընթեռնելի է դառնում բոլորի համար, բացի էլեկտրոնային նամակի հասցեատիրոջից:

Հաճախորդի առողջության վերաբերյալ պաշտպանված էլեկտրոնային տեղեկատվություն պարունակող ցանկացած էլ. նամակ, որն ուղարկվում է էլեկտրոնային հասցեով, պետք է լինի պաշտպանված: Համաձայն Առողջապահական Ապահովագրության Տեղափոխելիության և Հաշվետվողականության Դաշնային Օրենքի (HIPAA)՝ պահանջվում են էլեկտրոնային նամակների անվտանգության և գաղտնիության կանոնակարգեր՝ հաճախորդների անձնական կյանքը և գաղտնիությունն ապահովելու համար:

Ինչպիսի՞ տեսք ունի Էլեկտրոնային Նամակը, և ինչպես կարելի է այն ընթերցել:
Ապահով էլեկտրոնային նամակ ուղարկելու դեպքում նամակ ստացողը կստանա հետևյալ թղթապանակները.

1. Ծանուցում էլեկտրոնային նամակի մասին: Ծանուցման նամակը ցույց է տալիս, որ ինչ-որ մեկը ուղարկել է ապահով, ծածկագրված նամակ Գրանցված Ծրարի տեսքով: Ծանուցումը ներառում է նաև հղումներ Գրանցված Ծրարների և Cisco՝ Գրանցված Ծրարների Ծառայության մասին տեղեկություններին:

2. Ծածկագրված նամակով կցորդ-թղթապանակ. կցորդ-թղթապանակը կոչվում է “securedoc.html”: Այդ թղթապանակը պարունակում է ինչպես Գրանցված Ծրարը, այնպես էլ ծածկագրված բովանդակությունը: Գրանցված ծրարը տեսնելու համար անհրաժեշտ է պահպանել կցորդ-թղթապանակը տեղական սկավառակում: Այդ կցորդը բացելը թույլ կտա ստացողին ինքնուրույն գրանցվել, ստեղծել հաշիվ, կարդալ ծածկագրված էլեկտրոնային նամակը և պատասխանել ապահով և ծածկագրված ձևաչափով: Ամբողջական հրահանգների համար՝ տե՛ս այս փաստաթուղթը՝ http://file.lacounty.gov/dmh/cms1_180460.pdf:

Ի՞նչ տեղի կունենա, եթե ես որոշեմ չհամաձայնել Ապահով Էլեկտրոնային Նամակների օգտագործմանը:
Եթե որոշեք չհամաձայնել ապահով էլեկտրոնային նամակի օգտագործմանը, LACDMH-ի աշխատակիցները ձեզ էլ. նամակներ չեն ուղարկի և չեն առաջարկի էլեկտրոնային նամակագրությունը՝ որպես հաղորդակցման եղանակ: Եթե դուք ուղարկում եք նամակ LACDMH-ի աշխատակիցներին՝ առանց համաձայնություն տալու էլ. նամակների օգտագործմանը, աշխատակիցները կպատասխանեն ձեզ կապի այլ միջոցներով (օրինակ՝ հեռախոս կամ փոստ):

Ի՞նչ է ապահով Տեքստային Նամակագրությունը:
Ապահով Տեքստային Նամակագրությունը ներառում է LACDMH-ի կողմից հաստատված տեքստային նամակների հավելվածի օգտագործումը, որը թույլ է տալիս LACDMH-ի լիազորված մատակարարներին ապահով կերպով ուղարկել և ստանալ ծածկագրված տեքստային նամակներ և նկարներ: Հաղորդակցման այս մեթոդն ապահով է, ծածկագրված և համապատասխանում է Առողջության Վերաբերյալ Պաշտպանված Տեղեկատվության (PHI) պաշտպանությանը/անվտանգությանը վերաբերող բոլոր օրենքներին:

Ի՞նչ տեղի կունենա, եթե ես որոշեմ չհամաձայնել LACDMH-ի Ապահով Էլեկտրոնային Նամակների Հավելվածի օգտագործմանը:
Առանց համաձայնելու LACDMH-ի կողմից հաստատված ապահով տեքստային նամակների հավելվածի օգտագործմանը LACDMH-ի աշխատակիցները ձեզ էլ. նամակներ չեն ուղարկի և չեն առաջարկի էլեկտրոնային նամակագրությունը՝ որպես հաղորդակցման եղանակ: Եթե դուք ուղարկեք նամակ LACDMH-ի աշխատակիցներին, աշխատակիցները կպատասխանեն ձեզ կապի այլ միջոցներով (օրինակ՝ հեռախոսազանգ կամ ապահով էլ. նամակագրություն):

Արդյո՞ք ինձ հասանելի են Ոչ Բուժական Նպատակներով Փոխադրամիջոցի Համար Տրամադրվող Նպաստները:
Ոչ բուժական նպատակներով փոխադրամիջոցի տրամադրման ծառայությունները հասանելի են Medi-Cal-ի բոլոր հաճախորդների և հղի կանանց համար, ներառյալ մինչև այն ամսվա վերջը, երբ ավարտվում է հետծննդաբերական 365-րդ օրը: Հաճախորդները պետք է բանավոր կամ գրավոր կերպով հաստատեն ծառայությունների մատակարարին, որ իրենք փոխադրամիջոցի կարիք ունեն, և տվյալ պահին հասանելի բոլոր աղբյուրները ողջամտորեն սպառվել են: Ոչ բուժական նպատակներով տրանսպորտային փոխադրումների անհրաժեշտության պատճառները կարող են ներառել հետևյալներից որևէ մեկը.

- Վավեր վարորդական իրավունքի բացակայություն:
- Ընտանիքը չունի գործող փոխադրամիջոց:
- Միայնակ ճանապարհորդելու կամ ապահովագրված Medi-Cal ծառայություններին սպասելու անկարողություն:
- Ֆիզիկական, իմացական, մտավոր կամ զարգացման սահմանափակումներ:
- Բենզինի գումար չունենալը ժամադրությանը գալու համար:

Հաճախ Տրվող Հարցեր
Բուժման Նախնական Կարգադրություն

Ի՞նչ է Բուժման Նախնական Կարգադրությունը:
Բուժման Նախնական Կարգադրությունը իրավական փաստաթուղթ է, որը թույլ է տալիս անձին նախապես հայտնել իր ցանկությունների մասին, եթե հանկարծ նա հետագայում ի վիճակի չլինի կայացնել առողջությանը վերաբերող որոշումներ: Կալիֆորնիայի Նահանգում Նախնական Կարգադրությունը բաղկացած է երկու մասից՝ (1) առողջապահության գործակալի նշանակում, և (2) անհատական առողջապահական ցուցումներ:

Ի՞նչ կարող է անել Բուժման Նախնական Կարգադրութունը հոգեկան խանգարում (հոգեբուժական հաշմանդամություն) ունեցող անձի համար:

- Այն հնարավորություն է տալիս ձեզ բուժման ընտրություն կատարել հիմա, եթե ապագայում ձեզ անհրաժեշտ լինի հոգեկան առողջության բուժում: Դուք կարող եք տեղեկացնել ձեր բժշկին, հաստատությանը, ծառայությունների ձեր մատակարարին, բուժհաստատությանը և որոշել, թե ինչ տեսակի բուժում եք ցանկանում և ինչ չեք ցանկանում:
- Դուք կարող եք ընտրել ձեր ընկերներից կամ ընտանիքի անդամներից մեկին՝ հոգեկան առողջությանը վերաբերվող որոշումներ կայացնելու համար, եթե դուք չեք կարողանում դրանք ինքնուրույն կայացնել:
- Այն կարող է բարելավել ձեր և ձեր բժշկի միջև շփումը:
- Այն կարող է նվազեցնել հիվանդանոցում երկար մնալու անհրաժեշտությունը:
- Այն դառնում է ձեր բժշկական քարտի մասը:

MH 500
7/1/2024

Լոս Անջելեսի Շրջանի Հոգեկան Առողջության Վարչություն
Համաձայնություն Ծառայությունների Տրամադրմանը

Ո՞վ կարող է լրացնել Բուժման Նախնական Կարգադրությունը:
18 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի ցանկացած անձ, որն ունի առողջապահական ոլորտին վերաբերող որոշումներ կայացնելու «Ընդունակություն»: «Ընդունակություն» նշանակում է, որ անձը գիտակցում է առաջարկվող բուժման բնույթը և հետևանքները, ներառյալ վտանգներն ու օգուտները:

Ե՞րբ է ուժի մեջ մտնում Բուժման Նախնական Կարգադրությունը:
Բուժման Նախնական Կարգադրությունը ուժի մեջ է մտնում, երբ անձի հիմնական բժիշկը որոշում է, որ անձը չունի «Ընդունակություն» կայացնելու իր առողջությանը վերաբերվող ինքնուրույն որոշումներ: Սա նշանակում է, որ անձը չի կարողանում գիտակցել առաջարկվող բուժման բնույթը և հետևանքները: Այն փաստը, որ անձն ընդունվել է հոգեբուժական հաստատություն, չի նշանակում, որ անձը չունի «ընդունակություն»:

Որքա՞ն ժամանակ է գործում Բուժման Նախնական Կարգադրությունը:
Կալիֆորնիայում Բուժման Նախնական Կարգադրությունը գործում է անժամկետ: Դուք կարող եք ցանկացած պահի մտափոխվել, քանի դեռ ունեք որոշումներ կայացնելու «ընդունակություն»: Ողջունելի է ամեն տարի վերանայել ձեր Բուժման Նախնական Կարգադրությունը՝ համոզվելու համար, որ ձեր ցանկությունները նշված են:

Արդյո՞ք ես պետք է անպայման ունենամ Բուժման Նախնական Կարգադրություն:
Ոչ: Դա պարզապես ձեր ցանկությունները գրավոր կերպով հայտնելու միջոց է, քանի դեռ դուք ընդունակ եք որոշումներ կայացնելու: Ձեր ընտրությունը կարևոր է:

Որտեղի՞ց կարող եմ ձեռք բերել իրավաբանական խորհրդատվություն Բուժման Նախնական Կարգադրության վերաբերյալ:
- Ձեր Փաստաբանից
- Իրավաբանական Պաշտպանության և Աջակցության Համակարգից (Protection and Advocacy, Inc.)

Որտեղի՞ց կարող եմ ձեռք բերել Բուժման Նախնական Կարգադրության Փաստաթղթերը:

- Ձեր Փաստաբանից
- Գրենական Պիտույքների Խանութներից
- Համացանցից

Ո՞վ պետք է ունենա Բուժման Նախնական Կարգադրության պատճենը
- Դուք (Ձեր Բուժման Նախնական Կարգադրությունը պետք է պահվի ապահով, սակայն հեշտ հասանելի վայրում):
- Ձեր գործակալը (նշանակված անձը, ձեր բուժման վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու համար, եթե դուք չեք կարող դա անել):
- Ձեզ առողջապահական ծառայություններ տրամադրողներից յուրաքանչյուրը
- Ձեզ հոգեկան առողջության ծառայություններ տրամադրողներից յուրաքանչյուրը

Կարևոր է, որ դուք հետևեք, թե ով ունի ձեր Բուժման Նախնական Կարգադրության պատճենը, եթե դուք փոփոխություններ կատարեք փաստաթղթում:

Որտե՞ղ կարող եմ բողոք ուղարկել բուժման նախնական կարգադրությունների հետ կապված անհամապատասխանության դեպքում:
Բուժման նախնական կարգադրությունների պահանջների հետ կապված անհամապատասխանության դեպքում բողոքները կարող են ներկայացվել Կալիֆորնիայի Առողջապահական Ծառայությունների Վարչության (DHS) Հավաստագրման և Վկայագրման բաժին՝ զանգահարելով 1-800-236-9747 հեռախոսահամարով կամ փոստային առաքմամբ հետևյալ հասցեով՝ P.O. Box 997413, Sacramento, California 95899-7413: