دائرة الصحة العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس
الموافقة على الخدمات

الخدمات

تُوفِّر إدارة الصحة النفسية العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس ("الإدارة ") **خدمات الصحة النفسية و العقلية المتخصصة** ("الخدمات") لمن يعانون من أمراض عقلية أو مشاكل النفسية تتطلب علاجًا من اختصاصي، وتعيق هذه الامراض او المشاكل بسبب حدتها قدرتهم على أداء أنشطتهم اليومية. قد تشمل تلك الخدمات الاختبارات النفسية، والعلاج/ الاستشارة النفسية، وخدمات إعادة التأهيل، والأدوية، وإدارة الحالة، والفحوصات المخبرية، وإجراءات التشخيص، وغيرها من الخدمات المناسبة. يُرجى الاطلاع على **دليل مقاطعة لوس أنجلوس للمستفيدين من خدمات الصحة النفسية و العقلية المتخصصة** للحصول على المزيد من المعلومات حول هذه الخدمات: https://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/. كما يمكنك طلب نسخة من هذا الدليل في أي وقت.

يُنسِّق موظفون من فريق وكالة واحدة جميع الخدمات المقدمة إلى العميل ضمن نظام الإدارة، كما قد تُقدَّم الخدمات من خلال مواقع مختلفة إذا كان هذا سيفيد في علاج العميل. يُرجى الرجوع إلى **دليل الإدارة لمقدمي الخدمات** لمعرفة المواقع التي تُشغِّلها الإدارة أو يُشغلها مقدمو الخدمات المتعاقدين في أنحاء مقاطعة لوس أنجلوس https://dmh.lacounty.gov/pd/.

تقديم الخدمات

تستخدم الإدارة في توفير الخدمات **خدمات الصحية عن بُعد، والهاتف، والرسائل النصية الآمنة، والبريد الإلكتروني الآمن** لتلبية احتياجات عملائنا على أفضل وجه. قد يستخدم الموظفون الخدمات الصحية عن بُعد (بالاتصال المرئي والمسموع) والهاتف (الاتصال الصوتي فقط) لتوفير وصول أفضل إلى خدماتنا المغطاة والتواصل مع عملائنا وتمكينهم من التحدث مع موظفي الصحة النفسية والعقلية وتلقي خدمات الصحة النفسية و العقلية حيثما كانوا. وتُعد الرسائل النصية الآمنة والبريد الإلكتروني الآمن طريقتان اضافيتان يتمكّن موظفينا من خلالها التواصل بسرعة وكفاءة مع العملاء بشأن خدماتهم حيث تُرسل الرسائل النصية الآمنة عبر أحد التطبيقات المعتمدة من الإدارة على أن تقتصر المعلومات التي تتضمنها على تذكير العميل بالمواعيد والعلاج وليس لأغراض تشخيصية أو علاجية. و يجب للعملاء إطلاع مقدم (مقدمي) الخدمات على أي تغييرات في معلومات المتعلقة بكيفية الاتصال بهم. يُرجى مراجعة صفحة الأسئلة الشائعة أدناه للحصول على المزيد من المعلومات حول الخدمات الصحية عن بُعد، والهاتف، والرسائل النصية الآمنة، والبريد الإلكتروني الآمن.

يحق للعملاء الوصول إلى أي خدمات مغطاة يمكن تقديمها عبر الخدمات الصحية عن بُعد، أو الهاتف، أو عبر الزيارة الشخصية إذا اختاروا ذلك. ويغطي برنامج المساعدة الطبية في كاليفورنيا Medi-Cal توفير خدمات النقل للزيارات الشخصية عند استنفاد الموارد الأخرى المتاحة بشكل معقول. لطلب خدمات النقل نرجو الحديث إلى الإدارة و الاعضاء الذين يقومون على تطبيق خطة رعايتك المُدارة أو انقر الرابط التالي للحصول على معلومات وسائل النقل: https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Transportation.aspx.

قدرة القاصر على الموافقة

عادةً ما يوافق ولي الأمر أو الوصي القانوني على الخدمات المقدمة للقاصرين (العملاء الأقل من 18 عامًا) بالنيابةً عنهم، إلا أنه ثمة حالات قد يكون فيها القاصرون (12 عامًا او أكبر) مؤهلين للموافقة على الخدمات المقدمة لهم. فإذا تقرر أن هذا الأمر مناسب طبيًا، يقوم المختص المسؤول عن القاصر بتعبئة طلب **موافقة القاصر** لتحديد ما إذا كان القاصر ناضجًا بما يكفي للمشاركة في الخدمات والموافقة عليها. لا يجوز للقاصر أن يوافق على الأدوية النفسية والعقلية. بالإضافة إلى موافقة القاصر على الخدمات الموفرة له، فإذا رغب القاصر في الانفصال عن خطة ولي أمره/ اوصيه القانوني الصحية (Medi-Cal) وإنشاء خطته الخاصة به (وبالتالي مما يؤدي الى عدم علم أوصيائه القانونيين بعلاجه)، سيتعين علي القاصر العمل مع إدارة الخدمات الاجتماعية العامة للتسجيل في **موافقة القاصر على Medi-Cal** أو **الخدمات الحساسة.** يُرجى زيارة الرابط التالي للحصول على مزيد من المعلومات حول هذا البرنامج: https://dpss.lacounty.gov/en/health/teens.html

دائرة الصحة العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس
الموافقة على الخدمات

توجيهات الرعاية الصحية المسبقة للمستفيدين البالغين

يحق لجميع الحاصلين على Medi-Cal و التي أعمارهم 18 عامًا او أكبر اتخاذ قرارات بشأن علاجهم الطبي ما لم يكونوا خاضعين للوصاية، أو مُنح طرف ثالث القدرة على اتخاذ قرارات رعايتهم الصحية. **و يعتبر دليل الرعاية الصحية المسبق** مستند قانوني يسمح للفرد أن يصرح مسبقًا برغباته للعلاج الصحي إذا لم يتمكن من اتخاذ قرارات الرعاية الصحية في المستقبل. يُحتفظ بجميع معلومات ودليل الرعاية الصحية المسبق في سجل العميل الطبي. راجع الأسئلة المعتادة أدناه لمزيد من المعلومات حول دليل الرعاية الصحية المسبقة وكيفية تنفيذه.

قاعدة بيانات المدفوعات المفتوحة (Open Payments)

يتطلب قانون مدفوعات الاطباء الفيدرالي صن شاين Sunshine أن تكون هناك معلومات مفصلة حول المدفوعات التي تزيد قيمتها عن عشرة دولارات (10 دولارات) للأطباء من الشركات المصنعة للأدوية والأجهزة الطبية والبيولوجيا المتاحة للجمهور. و تعد قاعدة بيانات المدفوعات المفتوحة على انها أداة فيدرالية تُستخدم للبحث عن المدفوعات التي تقدمها شركات الأدوية والأجهزة للأطباء والمستشفيات التعليمية. يمكن الاطلاع على قاعدة بيانات المدفوعات المفتوحة على هذا الرابط http://openpaymentsdata.cms.gov.

التوجيهات الخاصة بالممارسة الطبية

تقوم إدارة الصحة النفسية بتبني وتطوير معايير ممارسة طبية مرتكزة على أساس من الأدلة السليمة والموثوقة و/أو الإجماع القائم بين مقدمي ومقدمات خدمات الصحة النفسية. إن معايير الممارسة الطبية تخضع للمراجعة والتحديث بشكل منتظم. يمكنكم الاطلاع على معايير الممارسة الطبية الخاصة بإدارة الصحة النفسية على الرابط التالي https://secure2.compliancebridge.com/lacdmh/public/index.php?fuseaction=app.main&msg= كما يمكنكم سؤال مقدمي ومقدمات الخدمة لديكم عن هذه المعايير.

MyHealthPointe

MyHealthPointe هي بوابة إلكترونية للعملاء والعميلات تتيح الوصول السهل والآمن لسجلاتكم الإلكترونية الخاصة بالصحة النفسية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة موقعنا الإلكتروني: https://dmh.lacounty.gov/client-portal/.

بموافقتك على خدمات الإدارة، فانك تفهم ما يلي:

1. لديك الحق في إبلاغك بالخدمات الموضحة في **دليل مقاطعة لوس أنجلوس للمستفيدين من خدمات الصحة العقلية المتخصصة** والاشتراك في اختيار أي منها.
2. لديك الحق في تلقي الخدمات حتى لو لم تتلق خدمات أخرى ضمن نظام الإدارة.
3. جميع الخدمات، بما فيها استخدام الخدمات الصحية عن بُعد، والهاتف، و البريد الإلكتروني الآمن، و الرسائل النصية الآمنة، ستكون طوعية، ولديك الحق في طلب تغيير مقدمي الخدمة (الوكالة أو الموظفين).
4. لديك الخيار في إيقاف أو سحب موافقتك على أي خدمة، أو طريقة الخدمة، أو طريقة التواصل معك في أي وقت، ويشمل ذلك خلال أي جلسة، دون التأثير على الحق في الرعاية أو العلاج لاحقًا أو خسارة أو سحب أي ميزات للبرامج الذي يحق لك الحصول عليها خلاف ذلك. قد يسحب موظفو الصحة العقلية أيضًا القدرة على استخدام طرق خدمة أو اتصال معينة في أي وقت يتقرر فيه أنها ليست الأنسب لتقديم الخدمة و/أو تحقيق التواصل.
5. يُوقِّع جميع موظفو الإدارة سنويًا على تعهدات بالحفاظ على الخصوصية و السرية التامة، التي تمنعهم من مشاركة معلومات العملاء باستثناء ما تنص عليه قوانين، وسياسات، وإجراءات السرية الفيدرالية، أو السارية في الولاية، أو الخاصة بالإدارة.
6. أي معلومات يُفصح عنها للموظفين باعتبارها مهمة لتقديم الرعاية تسجَّل في السجل الطبي بحيث يتوفر للطاقم المعالج أكبر قدر ممكن من المعلومات عنك لاتخاذ قرارات العلاج المناسبة لاحتياجاتك وضمان جودة الرعاية.
7. تُسجَّل معلوماتك الديموغرافية والطبية في نظام السجل الصحي الإلكتروني للإدارة وقد تتاح حسب الاقتضاء لموظفي الإدارة وغيرهم من الأفراد المعتمدين المشاركين في علاجك. لمزيد من المعلومات، يُرجى الرجوع إلى إشعار ممارسات الخصوصية لوكالة الصحة في مقاطعة لوس أنجلوس.

الموافقة على خدمات الإدارة

دائرة الصحة العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس
الموافقة على الخدمات

8. تشمل بعض المشاكل المحتملة عند تقديم الخدمات الصحية عن بُعد والهاتفية توقف المعدات المستخدمة عن العمل بشكل جزئي أو كامل وعدم قدرة موظفو الصحة العقلية مؤقتًا على تقديم خدمات الصحة النفسية و العقلية.
9. انك موافق على انه من الممكن استخدام البريد الإلكتروني الآمن أو الرسائل النصية الآمنة السماح بواسطة موظفي الإدارة لإرسال معلومات حول صحتك النفسية و العقلية ورعايتك عبر رسالة نصية آمنة وبريد إلكتروني آمن.
10. لن يُستخدم البريد الإلكتروني الآمن والرسائل النصية الآمنة مطلقًا في حالات الطوارئ، أو الحالات العاجلة، أو لأغراض التشخيص. يجب أن تناقش مع مقدم الخدمة أفضل سبل للتواصل معه بعد ساعات العمل العادية، أو في حالات الطوارئ، أو الحالات العاجلة. لن تُقبل أي طلبات تقييم عبر بريد إلكتروني آمن أو رسالة نصية آمنة.

عند استخدام **الخدمات الصحية عن بُعد، أو الهاتفية، أو بريد إلكتروني آمن، أو رسالة نصية آمنة**، فهناك ثمة اعتبارات فنية تتعلق بجهازك (أجهزتك) الشخصية. تعني موافقتك لاستخدام الخدمات عن بعد انك تدرك ما يلي:

1. لا تتحمل الإدارة أي مسؤولية عن جهازك إذا تسبب تثبيت تطبيق الخدمات الصحية عن بُعد/ الرسائل النصية الآمنة/ البريد الإلكتروني الآمن في أي تعارض، أو عطل، أو تلف للجهاز.
2. تتحمل انت المسؤولية الكاملة عن كيفية التعامل مع جهازك وتطبيقاتك، وتشغيلها، وصيانتها. إذا تعرَّض جهازك للاختراق، أو الضياع، أو السرقة، لن تتحمل الإدارة مسؤولية الكشف عن المعلومات، بما فيها على سبيل المثال وبلا حصر، المعلومات الصحية المحمية الموجودة على الجهاز.
3. لا تسمح الإدارة بتسجيل الجلسات، بما فيها الجلسات الهاتفية وجلسات الخدمات الصحية عن بُعد، دون موافقة صريحة منك ومن الشخص المقدم للخدمات.
4. لن تشارك الإدارة صورك أو معلوماتك الشخصية من تفاعلات الخدمات الصحية عن بُعد مع أي باحثين أو هيئات أخرى دون موافقتك.
5. قد يكون ثمة تأخير بين وقت إرسال رسالة نصية آمنة و/أو بريد إلكتروني آمن ووقت قراءة مقدم الخدمة لها و/أو رده عليها. لن تعرف ما إذا كان مقدم الخدمة قد اطلع على المعلومات الواردة في النص/ البريد الإلكتروني، ولا تستطيع الإدارة توقع موعد استلامك للرد.
6. تُعتبر الرسائل النصية الآمنة والبريد الإلكتروني الآمن المعتمد من الإدارة الخيار الوحيد لإرسال المعلومات النصية إلى موظفي الإدارة واستقبالها منهم.
7. تتحمل انت تكلفة أي رسوم عند استخدام البيانات أو الرسائل النصية المرتبطة باستخدام جهازك للخدمات الصحية عن بُعد، والهاتفية، والرسائل النصية الآمنة.
8. قد تساعد المعلومات المرسلة عبر الرسائل النصية الآمنة والبريد الإلكتروني الآمن موظفي الصحة النفسية و العقلية في توفير العلاج وتحديد المواعيد.
9. رغم إرسال البريد الإلكتروني والرسائل النصية عبر وسائل آمنة، هناك خطر ان يتم إرسالها عن غير قصد إلى عنوان بريد إلكتروني أو رقم هاتف اخرين عن طرق الخطء.

دائرة الصحة العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس
الموافقة على الخدمات

أوافق أنا، _____، على تلقي خدمات الصحة النفسية و العقلية **من دائرة الصحة النفسية و العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس.**

لقد قرأت المعلومات الواردة في هذه الموافقة وأتيحت لي فرصة لطرح الأسئلة بشأنها وتلقيت الرد على جميع أسئلتي. كما أفهم المعلومات المكتوبة المقدمة.

أوافق على استخدام خدمات الرعاية الصحية عن بُعد نعم ☐ لا ☐

أوافق على استخدام خدمات الرعاية الصحية الهاتفية نعم ☐ لا ☐

أوافق على استخدام الرسائل النصية الآمنة للتواصل نعم ☐ لا ☐

أوافق على استخدام البريد الإلكتروني الآمن للتواصل نعم ☐ لا ☐

عنوان البريد الإلكتروني لإرسال الخدمات الصحية عن بُعد أو البريد الإلكتروني الآمن: _____

رقم الهاتف للخدمات الصحية الهاتفية أو الرسائل النصية الآمنة: _____

حصلت على معلومات عن دليل الرعاية الصحية المسبقة نعم ☐ لا ☐

لدي حاليًا دليل رعاية صحية مسبق نعم ☐ لا ☐
إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى تزويدنا بنسخة لوضعها في سجلك الطبي

_____ توقيع العميل

_____ التاريخ

_____ توقيع البالغ المسؤول*

_____ العلاقة بالعميل

_____ التاريخ

* البالغ المسؤول = ولي الأمر، أو الوصي، أو ولي أمر القاصر عند الحاجة.

تُقدم لك هذه المعلومات السرية بموجب القوانين واللوائح في الولاية و الحكومة الفيدرالية المعمول بها، التي تتضمن على سبيل المثال و بلا الحصر، قانون الرعاية والمؤسسات، والقانون المدني، ومعايير الخصوصية في قانون نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA). يُمنع نسخ هذه المعلومات لكشف المزيد منها دون إذن خطي مسبق من العميل او ممثله المفوَّض الذي تخصه هذه المعلومات ما لم يسمح القانون بخلاف ذلك. يجب إتلاف هذه المعلومات بعد استيفاء الغرض المعلن للطلب الأصلي.

الاسم: _____ **رقم دائرة الصحة العقلية:** _____

الوكالة: _____ **رقم مقدم الخدمة:** _____

دائرة الصحة العقلية - مقاطعة لوس أنجلوس

دائرة الصحة العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس
الموافقة على الخدمات

يعبئ موظفو الإدارة هذه الصفحة

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)

- The client is 12 or older and mature enough to participate intelligently in the services provided.
- 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 _____
- 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

دائرة الصحة العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس
الموافقة على الخدمات

الأسئلة المتكررة
الرعاية الصحية عن بُعد، والهاتفية، والرسائل النصية الآمنة، والبريد الإلكتروني الآمن

كيف تختلف خدمات الصحة عن بُعد/ الهاتفية عن الجلسات الشخصية مع موظفي الصحة النفسية و **العقلية؟**

هناك اختلاف بسيط جدًا في الجلسة بخلاف عدم تواجد العميل وممارس المهنة المختص في نفس الموقع الفعلي معًا. سيتمكن الممارس للمهنة من تقديم خدمة الصحة العقلية المتخصصة المناسبة، وتوثيق المعلومات والخدمات الطبية المقدمة، والتأكد من إدراج الوثائق في سجل العميل الطبي للرجوع إليها لاحقًا.

ما الفرق بين الخدمات الصحية عن بُعد والخدمات الهاتفية؟

تتضمن الخدمات الصحية عن بُعد استخدام تقنية التواصل عبر الفيديو والصوت بحيث يرى الممارسون المختصون والعملاء بعضهم البعض ويتواصلون مرئيًا رغم التواجد في أماكن مختلفة. أما الخدمات الهاتفية فتتضمن استخدام الهاتف للتواصل سمعيًا فقط. وأيًا كان نوع الخدمة، يقدم الممارسون المختصون خدمة الصحة العقلية المتخصصة المغطاة للعميل مع توفير الوثائق في سجل العميل الطبي للرجوع إليها لاحقًا.

ماذا يحدث إذا اخترت انك غير موافق على استخدام الخدمات الصحية عن بُعد أو الهاتفية؟

إذا اخترت انك غير موافق على الخدمات الصحية عن بُعد أو الهاتفية، لن تستخدم الإدارة هذه الأساليب عند تقديم الخدمات وستقدم فقط الخدمات الشخصية. لن يؤثر هذا على قدرتك على الوصول إلى أي خدمات مغطاة وسيستمر استخدام الهاتف لأغراض الاتصال.

ما البريد الإلكتروني الآمن؟

يتيح البريد الإلكتروني الآمن للعملاء التواصل بسهولة وأمان مع موظفي الإدارة بحيث تظل كل المعلومات الحساسة حول العميل آمنة. تُشفَّر رسائل البريد الإلكتروني الآمنة لتكون المعلومات غير قابلة للقراءة لأي شخص بخلاف المستلم المقصود لحماية المعلومات الصحية المحمية للعميل.

لابد من حماية و تأمين أي بريد إلكتروني يتضمن المعلومات المحمية الصحية للعميل وتُرسل إليه عبر البريد الإلكتروني. وفقًا لقانون نقل التأمين الصحي والمساءلة، يلزم وجود لوائح خاصة بأمان البريد الإلكتروني والخصوصية لضمان خصوصية وسرية العملاء.

كيف يبدو البريد الإلكتروني الآمن وكيف يمكن قراءته؟

عند إرسال بريد إلكتروني آمن، سيتلقى المستلم الملفات التالية:

1. إشعار برسالة البريد الإلكتروني: تشير رسالة الإشعار إلى أن شخصًا ما قد أرسل رسالة آمنة ومشفرة في مظروف مسجل. يتضمن الإشعار أيضًا روابط إلى معلومات حول الظروف لمسجلة وخدمة الظروف المسجلة من سيسكو (Cisco).
2. الملف المرفق بالرسالة المشفرة: اسمه "securedoc.html"، ويتضمن هذا الملف المظروف المسجل والمحتوى المشفر. يجب حفظ الملف المرفق على محرك الأقراص المحلي لعرض المظروف المسجل، وهو ما سيسمح بالتسجيل الذاتي للمستخدم وإنشاء حساب وقراءة البريد الإلكتروني المشفر والرد بتنسيق آمن ومشفّر. يُرجى الاطلاع على المستند التالي للإرشادات الكاملة:
http://file.lacounty.gov/dmh/cms1_180460.pdf

ماذا يحدث إذا اخترت عدم الموافقة على استخدام البريد الإلكتروني الآمن؟

إذا اخترت عدم الموافقة على استخدام البريد الإلكتروني الآمن، فلن يرسل موظفو الإدارة رسائل بريد إلكتروني إليك أو يقدموا البريد الإلكتروني لك كوسيلة للتواصل. إذا أرسلت رسالة بريد إلكتروني إلى أحد موظفي الإدارة دون موافقتك على البريد الإلكتروني، سيرد الموظف عليك عبر وسائل اتصال أخرى (مثل الهاتف أو البريد).

ما الرسائل النصية الآمنة؟

تتضمن الرسائل النصية الآمنة استخدام تطبيق مراسلة نصية معتمد من الإدارة يسمح لمقدمي الخدمة المعتمدين من الإدارة بإرسال الرسائل النصية والصور المشفرة واستقبالها بشكل آمن. طريقة الاتصال هذه آمنة ومشفرة ومتوافقة مع جميع القوانين المتعلقة بحماية / أمن المعلومات الصحية المحمية.

ماذا يحدث إذا اخترت عدم الموافقة على استخدام تطبيق الرسائل النصية الآمنة المعتمد من الإدارة؟

لن يرسل موظفو الإدارة رسائل نصية لك أو يقدموا الرسائل النصية لك باعتبارها أسلوب اتصال غير موافق عليه لاستخدام تطبيق الرسائل النصية الآمنة المعتمد من الإدارة. إذا أرسلت رسالة نصية إلى أحد موظفي الإدارة، سيرد الموظف عليك عبر وسائل اتصال أخرى (مثل مكالمة هاتفية أو بريد إلكتروني آمن).

هل تتوفر لي مزايا النقل غير الطبي؟

تتوفر خدمات النقل غير الطبي لجميع العملاء الذين يتمتعون بالتأمين الكامل من Medi-Cal و الأمهات الحوامل، و حتى نهاية الشهر الذي يوافق اليوم 365 بعد الولادة. سيحتاج العملاء أن يشهدوا لمقدم الخدمة شفهيًا أو كتابيًا بأن لديهم احتياجات نقل لم تُلبى وأن جميع الموارد الأخرى المتاحة حاليًا استنفدت بشكل معقول. قد تتضمن أسباب الحاجة إلى استخدام وسيلة نقل غير طبي أيًا مما يلي:

- لا توجد رخصة قيادة صالحة.
- لا تتوفر سيارة تعمل في المنزل.
- عدم القدرة على السفر أو انتظار خدمات Medi-Cal المغطاة وحدها.
- وجود قيود جسدية، أو معرفية، أو عقلية، أو تنموية.
- لا يوجد مال للوقود للوصول إلى الموعد.

الأسئلة المتكررة
توجيه الرعاية الصحية المسبق

ما هو دليل الرعاية الصحية المسبق؟

دليل الرعاية الصحية المسبق هو مستند قانوني يسمح للفرد أن يُصرِّح مسبقًا برغباته إذا أصبح غير قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية. في ولاية كاليفورنيا، يتكون توجيه الرعاية الصحية المسبق من جزئين: (1) تعيين وكيل للرعاية الصحية؛ و(2) تعليمات الرعاية الصحية الفردية.

ما الذي يمكن أن يفعله دليل الرعاية الصحية المسبق لمن يعاني من إعاقة نفسية؟

- يتيح لك تحديد خيارات العلاج في الوقت الحالي في حال احتجت إلى علاج للصحة النفسية و العقلية في المستقبل. يمكنك إخبار طبيبك، ومؤسستك، ومقدم الخدمة، ومكان العلاج، وتحديد أنواع العلاج التي تريدها او لا تريدها.
- يمكنك اختيار صديق أو أحد أفراد الأسرة لاتخاذ قرارات بشأن رعايتك الصحة العقلية، إذا لم تتمكن من اتخاذ هذه القرارات بنفسك.
- يمكنه تحسين الاتصالات بينك وبين طبيبك.
- يقلل من الحاجة إلى الإقامة الطويلة في المستشفى.

- يصبح جزءًا من سجلك الطبي.

من يمكنه إكمال دليل الرعاية الصحية المسبق؟

أي شخص يبلغ من العمر 18 عامًا أو أكبر ولديه "الأهلية" على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية. تعني "الأهلية او السعة" أن الشخص يفهم طبيعة ونتائج الرعاية الصحية المقترحة، بما فيها المخاطر والفوائد.

متى يدخل دليل الرعاية الصحية المسبق حيز التنفيذ؟

يسري توجيه الرعاية الصحية المسبق عندما يقرر الطبيب الأساسي أن الشخص ليست لديه "الأهلية او السعة" على اتخاذ قرارات رعايته الصحية، أي أنه غير قادر على فهم طبيعة وعواقب الرعاية الصحية المقترحة. لا يعني مجرد دخول شخص إلى مكان للعلاج النفسي أنه يفتقر إلى "الأهلية".

ما مدة سريان او صلاحية دليل الرعاية الصحية المسبق؟

في ولاية كاليفورنيا، يكون توجيه الرعاية الصحية المسبق لأجل غير مسمى. يمكنك تغيير رأيك في أي وقت، طالما أن لديك "الأهلية او السعة على اتخاذ القرارات. من الجيد مراجعة توجيه الرعاية الصحية المسبق الخاص بك سنويًا للتأكد أنه يتضمن رغباتك.

هل يجب أن يكون لدي دليل رعاية صحية مسبق؟

لا. إنها مجرد طريقة للتعبير عن رغباتك خطيًا، بينما تكون لديك الأهلية. اختياراتك مهمة.

أين أحصل على مشورة قانونية حول توجيه الرعاية الصحية المسبق؟

- من محاميك
- من شركة الحماية والمناصرة (Protection and Advocacy, Inc)

أين أحصل على النماذج التوجيه لرعاية الصحية المسبق؟

- من محاميك
- من المكتبات القرطاسية
- من الإنترنت

من يجب أن يكون لديه نسخة من دليل الرعاية الصحية المسبق؟

- أنت (يجب الاحتفاظ بدليل الرعاية الصحية المسبقة في مكان آمن يسهل الوصول إليه)
- وكيلك (الشخص المعين لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية إذا لم تتمكن من القيام بهذا)
- مقدمو رعايتك الصحية
- مقدمو خدمات الصحة النفسية و العقلية

من المهم أن تعرف من لديه نسخة من دليل رعايتك الصحية المسبق عند إجراء تغييرات فيه.

لمن أشتكي عند عدم الامتثال لدليل الرعاية الصحية المسبق؟

يمكن تقديم الشكاوى المتعلقة بعدم الامتثال لدليل الرعاية الصحية المسبقة إلى قسم الترخيص والاعتماد في إدارة الخدمات الصحية في كاليفورنيا بالاتصال بالرقم 1-800-236-9747 أو عن طريق البريد إلى P.O. Box 997413, Sacramento, California 95899-7413.