Департамент психического здоровья округа Лос-Анджелес
Согласие на получение услуг

Услуги

Департамент психического здоровья округа Лос-Анджелес (LACDMH) предоставляет **Специализированные психиатрические услуги** (SMHS) для людей, имеющих психическое заболевание или эмоциональные проблемы, требующие лечения у специалиста. Эти заболевания или проблемы достаточно серьезны для создания препятствий в осуществлении человеком повседневной деятельности. Услуги SMHS могут включать психологическое тестирование, психотерапию/консультирование, услуги по реабилитации, назначение медикаментов, ведение пациентов, лабораторные анализы, диагностические процедуры и другие соответствующие услуги. Для получения дополнительной информации об этих услугах ознакомьтесь с **Руководством для бенефициаров психиатрических услуг округа Лос-Анджелес**: https://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/. Вы можете запросить копию этого Руководства в любой момент.

Все услуги SMHS, предоставляемые клиенту в системе LACDMH, будут координироваться сотрудниками одной организации. Услуги могут предоставляться в разных местах, если это будет полезно для лечения клиента. Чтобы найти отделение, находящееся под управлением LACDMH, или офис поставщика услуг, связанного с системой, на территории округа Лос-Анджелес, воспользуйтесь **Списком контактов поставщиков LACDMH**: https://dmh.lacounty.gov/pd/.

Предоставление услуг

При предоставлении услуг SMHS система LACDMH использует **услуги телемедицины**, **телефонные услуги**, **защищенные текстовые сообщения**, а также **защищенную электронную почту,** чтобы максимально удовлетворить потребности наших клиентов. Услуги телемедицины (с видео и аудио коммуникацией) и телефонные услуги (только с аудио коммуникацией) являются способами предоставления сотрудниками наилучшего доступа к покрываемым услугам в дополнение к общению с нашими клиентами. При использовании услуг телемедицины или телефонных услуг клиенты смогут поговорить с сотрудниками служб психического здоровья и участвовать в получении психиатрических услуг по месту жительства. Защищенные текстовые сообщения и защищенная электронная почта являются дополнительными способами, с помощью которых наши сотрудники могут быстро и эффективно взаимодействовать с клиентами по вопросам их услуг. Защищенные текстовые сообщения высылаются через одобренное LACDMH приложение, а данные, передаваемые в защищенном сообщении, ограничиваются напоминаниями о назначенных визитах и лечении. Сотрудники не будут использовать защищенные текстовые сообщения для диагностических или лечебных целей. Важно, чтобы клиенты постоянно держали своих поставщиков психиатрических услуг в курсе своей актуальной контактной информации в случае ее изменения. Для получения подробной информации об услугах телемедицины, телефонных услугах, защищенных текстовых сообщениях и защищенной электронной почте обратитесь к странице с ответами на часто задаваемые вопросы ниже.

Клиенты имеют право на доступ к любым покрываемым услугам, которые могут быть предоставлены с помощью телемедицины или по телефону, путем личного посещения, если они того пожелают.
Покрытие Medi-Cal включает в себя доступность услуг по транспортировке на личные визиты когда другие доступные ресурсы были разумно исчерпаны. Чтобы получить информацию о том, как получить услуги по транспортировке, свяжитесь со своим Отделом по обслуживанию клиентов Программы регулируемого медицинского обслуживания или перейдите по ссылке: https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Transportation.aspx

Способность несовершеннолетних лиц давать согласие

В случае с несовершеннолетними лицами (например, клиентами возрастом до 18 лет), как правило, согласие на получение услуг оформляется их законными опекунами от их имени. Однако, есть ситуации, при которых несовершенные лица (возрастом 12 лет и старше) могут иметь право давать согласие на получение услуг самостоятельно. Если это клинически приемлемо, практикующий специалист заполняет раздел **Согласие несовершенного лица**, чтобы определить, достаточно ли зрелым является данное несовершеннолетнее лицо для участия в получении услуг и предоставлении согласия на получение услуг. Несовершеннолетнее лицо может не предоставлять свое согласие на получение психотропных препаратов. В дополнение к предоставлению согласия на получение им услуг SMHS, если несовершеннолетнее лицо захочет выйти из программы Medi-Cal своего законного опекуна, чтобы получить свою собственную страховку (что может привести к тому, что о его лечении не будет известно его законным опекунам), ему придется взаимодействовать с Департаментом общественных социальных служб (DPSS), чтобы зарегистрироваться в программе **Согласия на предоставление услуг Medi-Cal несовершеннолетним лицам (Minor Consent Medi-Cal)** или **Конфиденциальных услуг (Sensitive Services**). Для получения дополнительной информации об этой программе перейдите по ссылке: https://dpss.lacounty.gov/en/health/teens.html

Согласие на получение услуг LACDMH

Департамент психического здоровья округа Лос-Анджелес
Согласие на получение услуг

Предварительные распоряжения о медицинских услугах для взрослых бенефициаров
Все бенефициары Medi-Cal возрастом 18 лет и старше имеют право принимать решения касательно своего лечения, если они не находятся под опекой или если третьей стороне не была предоставлена возможность принимать решения касательно их лечения. **Предварительное распоряжение о медицинских услугах** (**Advanced Health Care Directive)** является официальным документом, позволяющим отдельным лицам заранее заявлять о своих пожеланиях на случай неспособности принимать решения по поводу их лечения в будущем самостоятельно. Все данные из Предварительного распоряжения о медицинских услугах будут храниться в клинических записях клиента. Для получения дополнительной информации о Предварительном распоряжении о медицинских услугах, а также о том, как им пользоваться, обратитесь к разделу с ответами на часто задаваемые вопросы ниже.

База данных Open Payments
Федеральный закон «О раскрытии суммы вознаграждений, получаемых врачами» требует обнародования подробной информации о вознаграждениях суммой более десяти долларов ($10), выплачиваемых врачам производителями лекарственных препаратов, медицинских приспособлений и биологических препаратов. База данных Open Payments является федеральным инструментом, используемым для поиска вознаграждений, выплаченных компаниями по производству медикаментов и устройств врачам и учебным больницам. База данных Open Payments доступна по адресу http://openpaymentsdata.cms.gov.

Руководства по клинической практике
Департамент психического здоровья (DMH) разрабатывает и принимает параметры клинической практики, основанные на достоверных и надежных клинических данных и/или консенсусе поставщиков услуг в области психического здоровья. Параметры клинической практики регулярно пересматриваются и обновляются. Параметры клинической практики DMH можно найти на сайте https://secure2.compliancebridge.com/lacdmh/public/index.php?fuseaction=app.main&msg= или запросить у своего поставщика услуг.

MyHealthPointe
MyHealthPointe — это онлайн-портал для пациентов, который обеспечивает простой и безопасный доступ к вашей электронной медицинской карте о состоянии психического здоровья. Для получения дополнительной информации посетите наш сайт: https://dmh.lacounty.gov/client-portal/.

Соглашаясь на получение услуг LACDMH, вы понимаете, что:

1. У вас есть право быть проинформированным и участвовать в выборе любых Специализированных психиатрических услуг, описанных в **Руководстве для бенефициаров специализированных психиатрических услуг округа Лос-Анджелес**.
2. У вас есть право на получение услуг без обязательного получения других услуг в системе LACDMH.
3. Все услуги, включая применение телемедицины, телефонных услуг, защищенных электронных и/или текстовых сообщений, являются добровольными, и у вас есть право запросить смену поставщика услуг (организации или сотрудников).
4. У вас есть возможность приостановить или отозвать свое согласие на получение любой услуги, режима получения услуг или способа связи в любое время, включая любой момент во время сеанса, что не повлияет на последующий уход, лечение или риск потери или отказа от любой привилегии программы, которая бы вам полагалась в другом случае. Сотрудники психиатрических учреждений также могут отзывать возможность применения специализированных режимов предоставления услуг или способов связи в любой момент, если ими будет установлено, что они не являются наиболее подходящим способом предоставления услуг и/или осуществления коммуникации.
5. Все сотрудники LACDMH, в качестве обязательного условия их трудоустройства, ежегодно подписывают клятву о конфиденциальности, запрещающую им передавать информацию о клиентах, за исключением разрешенной законами, правилами и процедурами конфиденциальности федерального уровня, штата или Департамента.
6. Вся передаваемая сотрудникам информация, которая определяется ими как важная в рамках ухода, будет фиксироваться в медицинской карте для обеспечения доступа наиболее полной информации о вас лечебному персоналу при принятии решения о предоставлении лечения, соответствующего вашим потребностям и отвечающего стандартам качества.

Согласие на получение услуг LACDMH

7. Ваши демографические и клинические данные вводятся в электронную систему медицинских записей LACDMH и могут быть доступны сотрудникам LACDMH и другим уполномоченным лицам, участвующим в вашем лечении, по мере необходимости. Ознакомьтесь с Уведомлением о соблюдении конфиденциальности для медицинских учреждений округа Лос-Анджелес для получения дополнительной информации.
8. Потенциальный риск услуг телемедицины и телефонных услуг включает частичную или полную поломку используемого оборудования, что может привести к временной неспособности предоставления психиатрических услуг сотрудниками психиатрических учреждений.
9. Соглашаясь на получение защищенных электронных и/или текстовых сообщений, вы соглашаетесь на предоставление возможности сотрудникам LACDMH посылать информацию о вашем психическом состоянии и лечении с помощью защищенных текстовых и электронных сообщений.
10. Защищенные электронные и текстовые сообщения никогда не будут использоваться для чрезвычайных и экстренных ситуаций и/или в диагностических целях. Вам следует обсудить со своим поставщиком, как лучше связываться с ним в нерабочее время или при чрезвычайных или экстренных ситуациях. Никакие запросы на оценку состояния через защищенные электронные и текстовые сообщения приниматься не будут.

При использовании **услуг телемедицины, телефонных услуг, защищенной электронной почты** и/или **защищенных текстовых сообщений** существуют технические соображения относительно ваших личных устройств. Соглашаясь на получение услуг, вы понимаете следующее:

1. LACDMH не несет никакой ответственности за ваше устройство, если установка одобренного LACDMH приложения для телемедицины/защищенных текстовых сообщений/защищенной электронной почты приведет к конфликту, неисправности или повреждению.
2. Вы несете полную ответственность за обращение, эксплуатацию и техническое обслуживание вашего устройства и приложений. Если ваше устройство будет скомпрометировано, утеряно или украдено, LACDMH не будет нести ответственность за раскрытие информации, включая, но не ограничиваясь, Защищенную медицинскую информацию (PHI), хранящуюся на устройстве.
3. LACDMH не разрешает производить запись сеансов, в том числе телефонных и сеансов телемедицины, за исключением четко предоставленного согласия на это с вашей стороны и со стороны работающего с вами специалиста.
4. LACDMH не будет передавать ваши личные идентифицируемые изображения или информацию по результатам сеансов телемедицины исследователям или другим организациям без вашего согласия.
5. Возможна задержка между временем отправки защищенного текстового сообщения и/или защищенного электронного сообщения и моментом, когда ваш лечащий врач прочтет и/или ответит на него. Вам будет неизвестно, была ли просмотрена информация в текстовом/электронном сообщении, и LACDMH не может предполагать, когда вы получите ответ.
6. Одобренные LACDMH защищенные текстовые или электронные сообщения являются единственным способом отправки и получения текстовой информации сотрудниками LACDMH.
7. Вы несете ответственность за любые платежи за передачу данных или текстовых сообщений, связанные с использованием вашего личного устройства, когда вы используете его для услуг телемедицины, телефонных услуг и защищенных текстовых сообщений.
8. Информация, отправленная с помощью защищенного текстового сообщения и защищенной электронной почты, может помочь сотрудникам психиатрического учреждения в предоставлении лечения и составлении расписания.
9. Несмотря на то, что электронные и текстовые сообщения будут отправляться защищенным способом, существует риск того, что электронная почта или текст, предназначенный для вас, могут быть непреднамеренно отправлены на неправильный адрес электронной почты или номер телефона.

Департамент психического здоровья округа Лос-Анджелес
Согласие на получение услуг

Я, _____, даю свое согласие на получение психиатрических услуг от **Департамента психического здоровья округа Лос-Анджелес.**

Я прочел информацию, содержащуюся в этой форме согласия. У меня была возможность задать вопросы по поводу этой информации и я получил ответы на все заданные вопросы. Я понимаю предоставленную в письменном виде информацию.

Я даю согласие на использование услуг телемедицины Да ☐ Нет ☐

Я даю согласие на использование телефонных услуг Да ☐ Нет ☐

Я даю согласие на использование услуг защищенных текстовых сообщений для связи Да ☐ Нет ☐

Я даю согласие на использование услуг защищенной электронной почты для связи Да ☐ Нет ☐

Адрес электронной почты для телемедицины и/или защищенной электронной почты:
_____

Номер телефона для телефонных услуг и/или защищенных текстовых сообщений:
_____

Мне предоставили информацию о Предварительном распоряжении о медицинских услугах Да ☐ Нет ☐

У меня есть в наличии Предварительное распоряжение о медицинских услугах Да ☐ Нет ☐
Если Да, предоставьте нам копию, чтобы мы могли добавить ее к вашей медицинской карте

_____ _____
Подпись клиента Дата

_____ _____ _____
Подпись ответственного взрослого* Кем приходится клиенту Дата

* Ответственный взрослый = опекун, доверительный управляющий или родитель несовершенного лица при необходимости.

Эта конфиденциальная информация предоставляется вам в соответствии с законами и постановлениями, как штата, так и федеральными, включая, но не ограничиваясь, применимый Кодекс социального обеспечения и учреждений, Гражданский кодекс и Стандарты конфиденциальности HIPAA. Дублирование этой информации для последующего раскрытия запрещено без предварительного получения письменного разрешения клиента/уполномоченного представителя, к которому она относится, если иное не разрешено законом. Уничтожение этой информации после достижения заявленной цели первоначального запроса является обязательным.	**ФИО:**_____ **Идентификационный номер в DMH:** _____ **Организация:**_____ **Номер поставщика:** _____ Округ Лос-Анджелес – Департамент психического здоровья

Департамент психического здоровья округа Лос-Анджелес
Согласие на получение услуг
Эта страница заполняется сотрудниками

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

Департамент психического здоровья округа Лос-Анджелес
Согласие на получение услуг

Ответы на часто задаваемые вопросы
Телемедицина, телефонные услуги, защищенные текстовые и электронные сообщения

Чем отличаются услуги телемедицины и телефонные услуги от очных сеансов с сотрудниками психиатрических учреждений?
Помимо того, что клиент и практикующий специалист LACDMH не находятся в одном и том же физическом месте, между сеансами очень мало различий. Практикующий специалист сможет предоставить соответствующую специализированную психиатрическую услугу (SMHS), задокументировать клиническую информацию и предоставленную услугу, а также убедиться, что документация включена в медицинскую карту клиента для дальнейшего использования.

В чем разница между телемедициной и телефонными услугами?
Услуги телемедицины включают использование видео-телеконференций вместе с аудио, поэтому практикующие специалисты и клиенты могут визуально наблюдать друг друга и общаться друг с другом, даже если обе стороны находятся в разных местах. Телефонные услуги включают использование телефона, поэтому практикующие специалисты и клиенты также могут общаться друг с другом, однако визуальные возможности отсутствуют. Как для телемедицинских, так и для телефонных услуг, практикующие специалисты будут продолжать предоставлять клиенту покрываемые услуги SMHS, а также предоставлять документацию, которая будет включена в медицинскую карту клиента для дальнейшего использования.

Что произойдет, если я решу не давать согласия на использование телемедицины и/или телефонных услуг?
Если вы решите не давать согласие на услуги телемедицины и/или телефонные услуги, LACDMH не будет использовать эти методы при предоставлении услуг и будет предоставлять только очные услуги. Кроме того, если вы предпочтете не давать согласие на услуги телемедицины и/или телефонные услуги, это не повлияет на ваш доступ к любым покрываемым услугам SMHS. Телефон продолжит оставаться средством связи.

Что такое защищенная электронная почта?
Защищенная электронная почта позволяет клиентам легко и безопасно общаться с сотрудниками LACDMH, чтобы любая потенциально конфиденциальная информация о клиенте оставалась в безопасности. Чтобы защитить Защищенную медицинскую информацию (PHI) клиента, защищенные электронные письма проходят шифрование, которое представляет собой процесс преобразования информации в нечитаемую для кого-либо, кроме непосредственного получателя электронной почты.

Любое электронное сообщение, содержащее электронную медицинскую информацию клиента, отправляемое по электронной почте, должно быть защищено. В соответствии с Законом об ответственности и переносе данных медицинского страхования (HIPAA) правила безопасности и конфиденциальности электронной почты необходимы для обеспечения защиты персональных данных и конфиденциальности клиентов.

Как выглядит защищенное электронное сообщение и как его можно прочитать?
При отправке защищенного электронного сообщения получатель получит следующие файлы:

1. Электронное уведомление: Сообщение с уведомлением указывает на то, что кто-то отправил защищенное зашифрованное сообщение в виде зарегистрированного конверта. Уведомление также содержит ссылки на информацию о зарегистрированных конвертах и о службе зарегистрированных конвертов Cisco.
2. Вложенный в сообщение зашифрованный файл: Вложенный файл называется «securedoc.html». Этот файл содержит как зарегистрированный конверт, так и зашифрованное содержимое. Для просмотра зарегистрированного конверта вложенный файл должен быть сохранен на локальном диске. Открыв это вложение, получатель сможет самостоятельно зарегистрироваться, создать учетную запись, прочитать зашифрованное письмо и ответить на него в защищенном и зашифрованном формате. Для получения полных инструкций обратитесь к этому документу: http://file.lacounty.gov/dmh/cms1_180460.pdf

Департамент психического здоровья округа Лос-Анджелес
Согласие на получение услуг

Что произойдет, если я решу не давать согласие на использование защищенной электронной почты?
Если вы решите не давать согласие на использование защищенной электронной почты, сотрудники LACDMH не будут отправлять вам электронные письма или предлагать электронную почту в качестве способа связи. Если вы отправите электронное сообщение сотрудникам LACDMH без предоставления согласия на использование электронных сообщений, сотрудники ответят вам с помощью других средств связи (например, по телефону или почте).

Что такое защищенные текстовые сообщения?
Защищенные текстовые сообщения включают использование одобренного LACDMH приложения для обмена текстовыми сообщениями, которое позволяет поставщикам услуг, авторизованным LACDMH, безопасно отправлять и получать зашифрованные текстовые сообщения и изображения. Этот способ связи является защищенным, зашифрованным и соответствующим всем законам, касающимся защиты/безопасности Защищенной медицинской информации (PHI).

Что произойдет, если я решу не давать согласие на использование защищенных текстовых сообщений в приложении LACDMH?
Без согласия на использование приложения для защищенных текстовых сообщений, одобренного LACDMH, сотрудники LACDMH не будут инициировать обмен текстовыми сообщениями с вами или предлагать текстовые сообщения в качестве способа связи. Если вы инициируете обмен текстовыми сообщениями с персоналом LACDMH, сотрудники ответят вам с помощью других средств связи (например, телефонного звонка или защищенной электронной почты).

Доступны ли мне привилегии немедицинской транспортировки?
Услуги немедицинской транспортировки доступны для всех клиентов с полноценной программой Medi-Cal и беременных женщин, в том числе до конца месяца, на который приходится 365-й день после родов. Клиенты должны будут засвидетельствовать поставщику услуг в устной или письменной форме наличие у них неудовлетворенных потребностей в транспортировке, и что все другие доступные в настоящее время ресурсы были разумно исчерпаны. Причины, по которым требуется немедицинская транспортировка, могут включать любую из следующих:

- Отсутствие действительных водительских прав.
- Отсутствие работающего транспортного средства в семье.
- Невозможность перемещаться или ожидать получения покрываемых Medi-Cal услуг самостоятельно.
- Наличие физических, поведенческих, умственных ограничений или ограничений в развитии.
- Отсутствие средств на покупку бензина, чтобы добраться до назначенного визита.

Ответы на часто задаваемые вопросы
Предварительное распоряжение о медицинских услугах

Что такое Предварительное распоряжение о медицинских услугах?
Предварительное распоряжение – это официальный документ, позволяющий отдельным лицам заранее заявлять о своих пожеланиях на случай неспособности принимать самостоятельно решения по поводу их лечения в будущем. В Калифорнии Предварительное распоряжение состоит из двух частей: (1) назначение доверенного лица по медицинским вопросам; и (2) индивидуальные указания по поводу медицинских услуг.

Как Предварительное распоряжение о медицинских услугах может помочь лицам с психическим заболеванием?

- Оно позволяет вам совершить выбор лечения на случай, если вам понадобится психиатрическое лечение в будущем. Вы можете сообщить своему врачу, учреждению, поставщику медицинских услуг, лечебному учреждению и решить, какие виды лечения вы предпочитаете, а какие нет.
- Вы можете выбрать друга или родственника, который будет принимать решения о психическом здоровье, если вы не можете принимать их самостоятельно.
- Оно может улучшить взаимодействие между вами и вашим врачом.
- Оно может снизить потребность в продолжительной госпитализации.
- Оно становится частью вашей медицинской карты.

Департамент психического здоровья округа Лос-Анджелес
Согласие на получение услуг

Кто может заполнять Предварительное распоряжение о медицинских услугах?
Любое лицо в возрасте 18 лет и старше, обладающее «способностью» принимать решения о медицинском обслуживании. «Способность» означает, что человек понимает характер и последствия предлагаемого медицинского обслуживания, включая риски и преимущества.

Когда Предварительное распоряжение о медицинских услугах вступает в силу?
Предварительное распоряжение о медицинских услугах вступает в силу, когда лечащий врач человека решает, что у него отсутствует «способность» принимать собственные решения о медицинских услугах. Это означает, что человек не в состоянии понять характер и последствия предлагаемого медицинского обслуживания. Сам факт помещения человека в психиатрическую лечебницу, не означает, что у него отсутствует «способность».

Как долго действует Предварительное распоряжение о медицинских услугах?
В Калифорнии Предварительное распоряжение о медицинских услугах действует бессрочно. Вы можете передумать в любой момент, пока у вас существует «способность» принимать решения. Рекомендуется ежегодно пересматривать свое Предварительное распоряжение о медицинских услугах, чтобы убедиться в том, что в нем учтены все ваши пожелания.

Обязательно ли мне иметь Предварительное распоряжение о медицинских услугах?
Нет. Это всего лишь один из способов заявить в письменном виде о ваших пожеланиях, пока вы дееспособны. Ваши предпочтения очень важны.

Где я могу получить юридическую консультацию по поводу Предварительного распоряжения о медицинских услугах?
- У вашего адвоката
- В организации Protection and Advocacy, Inc.

Где я могу получить форму Предварительного распоряжения о медицинских услугах?
- У вашего адвоката
- В магазинах канцелярских товаров
- Онлайн

У кого должна быть копия Предварительного распоряжения о медицинских услугах?
- У вас (Ваше Предварительное распоряжение о медицинских услугах должно храниться в надежном, но легко доступном месте.)
- У вашего доверенного лица (лицо, назначенное принимать медицинские решения в случае вашей неспособности на это.)
- У каждого из ваших поставщиков медицинских услуг
- У каждого из ваших поставщиков психиатрических услуг

Крайне важно, чтобы вы всегда знали, у кого есть копия вашего Предварительного распоряжения о медицинских услугах в случае внесения в него изменений.

Куда я могу послать свои претензии касательно несоблюдения моего Предварительного распоряжения о медицинских услугах?
Претензии по поводу несоблюдения требований Предварительного распоряжения о медицинских услугах можно передать в Департамент медицинских услуг штата Калифорния (DHS), Отдел лицензирования и сертификации, позвонив по телефону 1-800-236-9747 или отправив письмо на адрес: P.O. Box 997413, Sacramento, California 95899-7413.