



إدارة الصحة العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس الموافقة على مراقبة الموظفين/المتطوعين/المتدربين

الموافقة والتفويض

يوافق العميل الموقع أدناه* أو الشخص البالغ المسؤول** ويأذن للموظفين والمتطوعين و/أو المتدربين في المنشأة/البرنامج المذكور أعلاه بمراقبة جلسات الصحة العقلية لأغراض التعليم والتدريب و/أو جودة الخدمة.

يُقرّ الموقع أدناه ويفهم ما يلي:

1. يحق لي رفض السماح للموظفين الآخرين أو المتطوعين أو المتدربين بمراقبة الجلسات في أي وقت.
2. إن توقيع هذا النموذج ليس له أي تأثير على تقديم أو جودة خدمات الصحة النفسية الخاصة بي.
3. ستُجرى الملاحظات فقط لأغراض التعليم والتدريب و/أو ضمان الجودة.
4. هذه الموافقة طوعية تماماً.
5. تظل هذه الموافقة سارية المفعول ما لم أسحبها أنا (أو ممثلي القانوني**) كتابةً أو حتى يتم إعفائي من الخدمات.
6. قد تتم الملاحظات من خلف مرآة/نافذة ذات اتجاه واحد أو داخل الغرفة معي ومع مقدم الرعاية الصحية النفسية الخاص بي.

الإقرارات والتوقيعات

توقيع العميل*:	اسم العميل:	التاريخ
توقيع الشخص البالغ المسؤول**:	العلاقة بالعميل:	التاريخ
توقيع الشاهد / المترجم***:	اللغة المترجمة:	التاريخ

ترجمة ونسخ الوثائق:

* تمت ترجمة هذه الموافقة إلى _____ للعميل و/أو الشخص البالغ المسؤول. (ملاحظة: في حال توقيع نسخة مترجمة من هذه الموافقة، يرجى إرفاق النسخة المترجمة بهذه النسخة الإنجليزية.)

* حالة نسخة الموقع:

الاسم: _____ رقم الهوية: _____ الجهة: _____ رقم المزود: _____ مقاطعة لوس أنجلوس - إدارة الصحة العقلية	يتم تزويدك بهذه المعلومات السرية وفقاً لقوانين ولوائح الولاية والقوانين الفيدرالية بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر قانون الرعاية الاجتماعية والمؤسسات المعمول به، والقانون المدني ومعايير خصوصية قانون HIPAA. يُمنع نسخ هذه المعلومات لأغراض الإفصاح عنها لاحقاً دون الحصول على إذن كتابي مسبق من العميل/الممثل المعتمد الذي تنطبق به، ما لم يسمح القانون بخلاف ذلك. يُشترط إتلاف هذه المعلومات بعد تحقيق الغرض المذكور في الطلب الأصلي.
--	---



☐ تسلم الموقع نسخة من هذه الموافقة	
☐ رفض الموقع نسخة من هذه الموافقة	
تاريخ التقديم/الرفض: _____ الأحرف الأولى للموظف: _____	
وثائق استثناء الموظفين وسحب الموافقة (يتم تعبئتها من قبل الموظفين فقط عندما لا يوقع العميل/الشخص البالغ المسؤول على الموافقة أو يسحبها)	
☐ العميل على استعداد لقبول الخدمات، ولكنه غير راغب في توقيع نموذج الموافقة هذا.	
☐ لا يرغب العميل في أن تتم مراقبته.	
☐ قدم العميل/الشخص البالغ المسؤول موافقة مسبقة، ولكنه يرغب في سحب الموافقة اعتباراً من: _____ (التاريخ).	
توقيع الطاقم:	التاريخ

* العميل القاصر: يجب أن يكون لدى العميل القاصر الذي يتلقى الخدمات بموجب توقيع الخاص نموذج موافقة القاصر الموقع في الملف في السجل السريري.
** الشخص البالغ المسؤول: الوصي أو القيم أو أحد والدي القاصر عندما يقتضي القانون ذلك.
*** الشاهد/المرجم: الشخص الذي شهد توقيع النموذج (موظف أو غيره) أو قام بترجمة هذا النموذج إلى لغة أخرى للعميل.

الاسم: _____ رقم الهوية: _____	يتم تزويدك بهذه المعلومات السرية وفقاً لقوانين ولوائح الولاية والقوانين الفيدرالية بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر قانون الرعاية الاجتماعية والمؤسسات المعمول به، والقانون المدني ومعايير خصوصية قانون HIPAA. يُمنع نسخ هذه المعلومات لأغراض الإفصاح عنها لاحقاً دون الحصول على إذن كتابي مسبق من العميل/الممثل المعتمد الذي تنطبق به، ما لم يسمح القانون بخلاف ذلك. يُشترط إتلاف هذه المعلومات بعد تحقيق الغرض المذكور في الطلب الأصلي.
الجهة: _____ رقم المزود: _____	
مقاطعة لوس أنجلوس - إدارة الصحة العقلية	