



اداره سلامت روان شهرستان لس آنجلس رضایتنامه نظارت توسط کارکنان/داوطلبان/کارآموزان

رضایتنامه و مجوز

مراجعهکننده صاحب امضا* یا بزرگسال مسئول** بدین وسیله رضایت می‌دهد و به کارکنان، داوطلبان و/یا کارآموزان مرکز/برنامه نامبرده در بالا اجازه می‌دهد که بر جلسات سلامت روان با هدف آموزش، کارآموزی و/یا ارتقای کیفیت خدمات نظارت داشته باشند.

فرد صاحب امضا موارد زیر را متوجه شده و تأیید می‌کند:

1. من حق دارم در هر زمان از اجازه دادن به سایر کارکنان، داوطلبان یا کارآموزان برای نظارت بر جلسات خودداری کنم.
2. امضای این فرم هیچگونه تأثیری بر ارائه یا کیفیت خدمات سلامت روان من ندارد.
3. نظارت‌ها صرفاً با هدف آموزش، کارآموزی و/یا تضمین کیفیت انجام خواهد شد.
4. ارائه این رضایتنامه کاملاً داوطلبانه است.
5. این رضایتنامه معتبر باقی می‌ماند، مگر آنکه من یا نماینده قانونی من** رضایتنامه را به‌صورت کتبی پس بگیریم، یا تا زمانی که از دریافت خدمات ترخیص شوم.
6. نظارت‌ها ممکن است از پشت آینه/پنجره یکطرفه یا در داخل اتاق، در حضور من و ارائه‌دهنده خدمات سلامت روان من، انجام شود.

تأییدیه و امضا

امضای مراجعهکننده*:	نام مراجعهکننده:	تاریخ:
امضای بزرگسال مسئول**:	نسبت با مراجعهکننده:	تاریخ:
امضای شاهد / مترجم***:	زبان ترجمه:	تاریخ:

مستندات ترجمه شفاهی و نسخه ارائه‌شده:

* این رضایتنامه به زبان _____ برای مراجعهکننده و/یا بزرگسال مسئول ترجمه شفاهی شد. (توجه: اگر نسخه ترجمه‌شده این رضایتنامه امضا شده است، نسخه ترجمه‌شده را به نسخه انگلیسی پیوست کنید.)

* وضعیت نسخه صاحب امضا:

نام: _____	شماره شناسایی: _____
سازمان: _____	شماره ارائه‌دهنده: _____
شهرستان لس آنجلس - اداره سلامت روان	

این اطلاعات محرمانه مطابق با قوانین و مقررات ایالتی و فدرال، از جمله اما نه محدود به قانون لازم‌الاجرای رفاه و مؤسسات، قانون مدنی و استانداردهای حریم خصوصی HIPAA، در اختیار شما قرار می‌گیرد. تکثیر این اطلاعات به‌منظور افشای بیشتر، بدون مجوز کتبی قبلی از مراجعهکننده/نماینده مجاز شخص ذی‌نفع، ممنوع است؛ مگر آنکه قانون به‌گونه‌ای دیگر مجاز دانسته باشد. پس از تحقق هدف اعلام‌شده در درخواست اولیه، امضای این اطلاعات الزامی است.



☐ به صاحب امضا نسخه‌ای از این رضایت‌نامه داده شد	
☐ صاحب امضا از دریافت نسخه‌ای از این رضایت‌نامه خودداری کرد	
تاریخ ارائه/خودداری از دریافت: _____ حروف اول نام کارمند: _____	
مستندات کارکنان برای استثنا و انصراف (فقط در صورتی توسط کارکنان تکمیل شود که مراجعه‌کننده/بزرگسال مسئول رضایت‌نامه را امضا نکند یا پس بگیرد)	
☐ مراجعه‌کننده مایل به دریافت خدمات است، اما تمایلی به امضای این فرم رضایت‌نامه ندارد.	
☐ مراجعه‌کننده تمایلی به نظارت ندارد.	
☐ مراجعه‌کننده/بزرگسال مسئول قبلاً رضایت داده است، اما مایل است رضایت خود را از این تاریخ پس بگیرد: _____ (تاریخ).	
امضای کارمند:	تاریخ:

* مراجعه‌کننده خردسال: مراجعه‌کننده خردسالی که با امضای خود خدمات دریافت می‌کند، باید فرم امضا شده «رضایت‌نامه خردسال» را در پرونده بالینی خود داشته باشد.
** بزرگسال مسئول: قیم، سرپرست قانونی یا ولی خردسال در مواردی که قانون اجاب کند.
*** شاهد/مترجم: شخصی که شاهد امضای فرم بوده است (اعم از کارکنان یا اشخاص دیگر) یا این فرم را برای مراجعه‌کننده به زبان دیگری ترجمه شفاهی کرده است.

نام: _____	شناسایی: _____ شماره _____
سازمان: _____	شماره ارائه‌دهنده: _____
شهرستان لس‌آنجلس – اداره سلامت روان	

این اطلاعات محرمانه مطابق با قوانین و مقررات ایالتی و فدرال، از جمله اما نه محدود به قانون لازم‌الاجرای رفاه و مؤسسات، قانون مدنی و استانداردهای حریم خصوصی HIPAA، در اختیار شما قرار می‌گیرد. تکثیر این اطلاعات به منظور افشای بیشتر، بدون مجوز کتبی قبلی از مراجعه‌کننده/نماینده مجاز شخص ذی‌نفع، ممنوع است؛ مگر آنکه قانون به گونه‌ای دیگر مجاز دانسته باشد. پس از تحقق هدف اعلام‌شده در درخواست اولیه، امحای این اطلاعات الزامی است.