

СОГЛАСИЕ НА УСЛУГИ

Нижеподписавшийся клиент* или ответственный взрослый** соглашается и дает свое разрешение на получение психиатрических медицинских услуг от

Название учреждения и (или) программы

Данные услуги могут включать в себя проведение психологических тестов, психотерапию/психологическое консультирование, реабилитационные услуги, медикаментозное лечение, индивидуальное ведение пациента, лабораторные анализы, диагностические процедуры и прочие соответствующие услуги. Несмотря на то, что данные услуги могут предоставляться в различных местах, их координацию в рамках системы охраны психического здоровья округа Лос-Анджелес будет осуществлять персонал одного агентства.

Нижеподписавшийся (нижеподписавшаяся) понимает следующее:

1. Он (она) имеет право получать информацию о любых вышеназванных услугах и участвовать в их выборе.
2. Он (она) имеет право получать любые из вышеназванных услуг без необходимости получения других услуг системы охраны психического здоровья округа Лос-Анджелес.
3. Получение всех вышеназванных услуг является добровольным, и он (она) имеет право попросить о смене поставщика услуг (учреждения или сотрудников) и отказаться от предоставляемых услуг в любое время.
4. Все сотрудники учреждения в качестве условия своего трудоустройства ежегодно подписывают клятвенное согласие на соблюдение конфиденциальности, которое запрещает им предоставлять информацию о клиентах, за исключением случаев, предусмотренных федеральным законодательством, а также законами, правилами и процедурами штата и Департамента.
5. Любая предоставляемая сотрудникам информация, которую они считают важной для лечебного процесса, будет записана в истории болезни для того, чтобы медицинский персонал имел наиболее полную информацию о клиенте при принятии решений о методах лечения, соответствующих потребностям клиента, а также для обеспечения качества обслуживания.
6. Имена и фамилии всех клиентов заносятся в компьютеризированную информационную систему, которая определяет, в рамках какой программы (каких программ) клиент получает лечение. Любой сотрудник системы учреждений, непосредственно управляемых Департаментом или работающих с ним по контракту, может получить доступ к данной информации без разрешения клиента.
7. Информация из истории болезни клиента относительно его потребностей в лечении может быть предоставлена сотрудникам данного учреждения, а также сотрудникам системы охраны психического здоровья округа Лос-Анджелес (непосредственно управляемым и работающим по контракту учреждениям) без получения разрешения клиента.

Подпись клиента*

Дата

Подпись ответственного взрослого**

Кем приходится клиенту

Дата

Подпись свидетеля/переводчика***

Дата

Настоящее Согласие было переведено на русский язык для клиента и (или) ответственного взрослого.

Если переведенная версия настоящего Согласия была подписана клиентом и (или) ответственным взрослым, то ее необходимо приложить к версии на английском языке.

Подписавшая сторона получила отклонила экземпляр данного Согласия _____
Дата Инициалы

Если настоящий документ был подписан несовершеннолетним лицом или в нем отсутствует подпись клиента и (или) ответственного взрослого, данный раздел заполняется сотрудником.

- Клиент желает получать услуги, но отказывается подписать настоящее Согласие.
 Я заполнил(а) или поручил(а) заполнить форму Согласия для вышеподписавшегося несовершеннолетнего клиента в возрасте 12–18 лет без согласия его родителей/опекунов.

Подпись сотрудника

Дата

* В истории болезни несовершеннолетнего клиента, получающего услуги за своей собственной подписью, должно присутствовать подписанное Согласие для несовершеннолетнего лица.

** Ответственный взрослый = опекун, попечитель или родитель несовершеннолетнего лица, когда это необходимо.

*** Свидетель/переводчик = лицо, которое либо являлось свидетелем подписания документа (сотрудник или иное лицо), либо осуществило перевод данного документа на другой язык для клиента (необходимо указать язык перевода).

Настоящая конфиденциальная информация предоставлена в соответствии с федеральным законодательством и законодательством штата, включая среди прочего соответствующие разделы Кодекса законов о социальном обеспечении и учреждениях социального обеспечения, Гражданского кодекса, а также стандарты конфиденциальности Закона об унификации и учете в области медицинского страхования (HIPAA). Копирование данной информации для дальнейшего распространения запрещено без предварительного письменного согласия клиента/уполномоченного представителя, которому принадлежит данная информация, если иное не предусмотрено законодательством. После выполнения указанной цели первоначального запроса данная информация должна быть уничтожена.

Имя и фамилия:

Номер IS:

Учреждение:

Номер поставщика:

Округ Лос-Анджелес — Департамент психического здоровья