



LOS ANGELES COUNTY-DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH
 Շահագրգիռ կողմից տրամադրված տեղեկատվություն DMH հաճախորդի մասին

ՀՈԳԵԲՈՒԺԱԿԱՆ ԱՐՏԱԿԱՐԳ ՊԱՏԱՀԱՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ԶԱՆԳԱՀԱՐԵԼ DMH
 ԸՆԴՈՒՆԱՐԱՆ 1 800 854-7771 ՀԵՌԱՄՈՍԱՀԱՄԱՐՈՎ ԿԱՍ ՀԱՎԱՔԵԼ 911:

Հաճախորդը տեղեկացվե՞լ է սույն ձևաթուղթը լրացնելու մասին: <input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ <input type="checkbox"/>	
Ձևաթուղթը լրացնող անձի անունը՝	Անսաթիվ՝
Կապը հաճախորդի հետ՝	Հեռախոսահամար՝
Հաճախորդի անուն՝	Ծննդյան ամսաթիվ՝
Դուք ստանալով համապատասխան թույլտվության ստորագրման դեպքում կցանկանայի, որ կապ հաստատեն ինձ հետ՝ կապված այս ձևաթղթի տվյալների հետ: <input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	
Խնդրում եմ նկարագրել այն կոնկրետ մտահոգությունները կամ տեղեկատվությունը, որ ցանկանում եք փոխանցել մեզ:	
Ունե՞ք արդյոք լրացուցիչ մտահոգություն(ներ) ներքոբերյալ կետերի վերաբերյալ, որ ցանկանում եք փոխանցել մեզ: (Անհրաժեշտության դեպքում խնդրում եմ նաև ավելացնել լրացուցիչ էջեր):	
<input type="checkbox"/> Կենսապայման <input type="checkbox"/> Իրավական հարցեր <input type="checkbox"/> Ախտորոշում <input type="checkbox"/> Դեղանյութերի հետ կապված խնդիրներ <input type="checkbox"/> Դեղ(որայք) <input type="checkbox"/> Բժշկական <input type="checkbox"/> Վարքագիծ <input type="checkbox"/> Բուժման ծրագիր <input type="checkbox"/> Այլ՝	
Նշելու դեպքում խնդրում եմ նկարագրել Ձեր մտահոգություն(ները):	

Ես հասկանում եմ, որ սույն ձևաթղթի լրացումը կօգնի տեղեկատվություն տրամադրել հաճախորդի բուժմամբ զբաղվող թիմին: Այս տեղեկատվության աղբյուրը կարող է հաղորդվել հաճախորդին՝ բուժող թիմի հայեցողությամբ:

Ստորագրություն

Անսաթիվ

ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ԼՐԱՑԿԱՅ ԶԵՎԱԹՈՐՂԹԸ ՖԱԵՍԻ ՄԻՋՈՑՈՎ ՈՐԱՐԿԵԼ DMH-OFFICE OF CONSUMER AND FAMILY AFFAIRS: (213)252-8767: ԵԹԵ ԶԱՆԿԱՆՈՒՄ ԵՔ ԽՈՍԵԼ DMH ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ՓԱՍՏԱԲԱՆԻ ՀԵՏ, ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ԶԱՆԳԱՀԱՐԵԼ (213) 738-3948 ՀԵՌԱՄՈՍԱՀԱՄԱՐՈՎ: