

**ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ԽՆԴՐԱՆՔԸ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆԸ
ՄՈՒՏՔ ԳՈՐԾԵԼՈՒ/ՍՏՈՒԳՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ
ԼՈՍ ԱՆՋԵԼԵՍ ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆԻ ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՎԱՐՉՈՒԹՅՈՒՆ
(LACDMH)**

ՀԱՃԱԽՈՐԴ՝

Հանախորդի անունը

Հանախորդի ծննդյան
ամսաթիվը

Հանախորդի
նույնականացման
համարը

Հասցե՝ փողոցը

քաղաքը, նահանգը,
փոստային ինդեքսը

☐ ԻՄ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ՀԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ՄՈՒՏՔ ԳՈՐԾԵԼՈՒ ԵՎ ԱՅՆ ՍՏՈՒԳԵԼՈՒ
ՀԱՐՑՈՒՄ «ՏԵՂՈՒՄ»

☐ ԻՄ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐԸ ԷԼԵԿՏՐՈՆԱՅԻՆ ՓՈՍՏՈՎ ՈՒՂԱՐԿԵԼՈՒ ՀԱՐՑՈՒՄ

☐ ԻՄ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐԸ ԷԼԵԿՏՐՈՆԱՅԻՆ ՓՈՍՏՈՎ ՈՒՂԱՐԿԵԼՈՒ ՀԱՐՑՈՒՄ

☐ ՏՊԱԳՐՎԱԾ ՕՐԻՆԱԿՆԵՐԸ ՀԵՏԵՎՅԱԼ ՀԱՍՑԵՈՎ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ՀԱՐՑՈՒՄ

ՄՈՒՏՔ ԳՈՐԾԵԼՈՒ ԿԱՄ ՍՏՈՒԳԵԼՈՒ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ՝

☐ Գնահատում

☐ Հոգեբանական թեստի
արդյունքներ

☐ Ախտորոշում

☐ Լաբորատոր արդյունքներ

☐ Դեղորայք

☐ Բուժման/Առաջընթացի
նշումներ

☐ Ամբողջական գրառումներ

☐ Այլ (Նշել)՝ _____

☐ Ծառայության բոլոր ծրագրերի հարցում

☐ Ծառայության հատուկ ծրագրերի հարցում

(Նշել) _____

ՍՏՈՒԳՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿԱՀԱՏՎԱԾԸ Խնդրում եմ տեղեկատվություն տրամադրել հետևյալ ժամանակահատվածի վերաբերյալ՝

____ / ____ / ____ - **ԻՑ ՄԻՆՉԵՎ** ____ / ____ / ____
 Ամիս Օր Տարի Ամիս Օր Տարի

☐ **ՊԱՀԱՆՋՎՈՂ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ԱՄՓՈՓԱԳՐԻ ՀԱՐՑՈՒՄ**

**ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ԽՆԴՐԱՆՔԸ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆԸ
 ՄՈՒՏՔ ԳՈՐԾԵԼՈՒ/ՍՏՈՒԳՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ
 ԼՈՍ ԱՆՋԵԼԵՍ ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆԻ ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՎԱՐՉՈՒԹՅՈՒՆ
 (LACDMH)**

ՁԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ ՄՈՒՏՔԻ ԱՅՍ ՀԱՐՑՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ.

Թույլտվության այս հարցման պատճեն ստանալու իրավունք. ես հասկանում եմ, որ ինձ պետք է տրամադրվի ձևաթղթի ստորագրված պատճենը:

Մուտք գործելու մերժման վերանայման պահանջի իրավունք. Ես հասկանում եմ, որ DMH-ը կարող է մերժել իմ առողջական տեղեկատվությանը մուտք գործելու իմ հարցումը՝ ամբողջությամբ կամ մասնակիորեն: Եթե ինձ մերժեն մուտք գործել, ես կարող եմ խնդրել նրանց որոշման վերանայում՝ ներկայացնելով **Մուտք գործելու մերժման վերանայման պահանջ**: Շատ դեպքերում, DMH-ը կնշանակի մեկ այլ առողջապահական մասնագետի, որը անմիջականորեն չի մասնակցել մուտքը մերժելու որոշմանը, որպեսզի անցկացնի ձեր հարցման երկրորդ վերանայումը:

ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ _____

ԿԱՄ

ԱՆՁՆԱԿԱՆ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՅՉԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

Եթե ստորագրված է հաճախորդից բացի մեկ այլ անձի կողմից, նշեք հարաբերությունը և դա անելու լիազորությունը՝

ԱՄՍԱԹԻՎ՝ ____ / ____ / ____
 Ամիս Օր Տարի

**ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ԽՆԴՐԱՆՔԸ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆԸ
ՄՈՒՏՔ ԳՈՐԾԵԼՈՒ/ՄՏՈՒԳՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ
ԼՈՍ ԱՆՋԵԼԵՍ ՎԱՐՉԱԾՐՋԱՆԻ ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՎԱՐՉՈՒԹՅՈՒՆ
(LACDMH)**

ՆՈՒՅՆԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ՁԵՎ(ՆԵՐ)Ը ՏՐԱՄԱԴՐՎԱԾ ԵՆ՝

- ☐ Պետական վարորդական իրավունք _____
- ☐ Պետական նույնականացման քարտ _____
- ☐ Ծննդյան վկայական _____
- ☐ Զինվորական գրքույկ _____
- ☐ Այլ (նկարագրեք ստորև) _____

ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆ՝ _____

ԲԺԻԾԿ՝ _____

ԱՄՍԱԹԻՎ՝ _____ / _____ / _____

Ամիս Օր Տարի

Ձեր առողջության գաղտնիության իրավունքների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրեք Բուժման թիմին տրամադրել մեր **Գաղտնիության քաղաքականության մասին ծանուցումը**։ Դուք կարող եք նաև ստանալ պատճեն՝ այցելելով մեր կայքը՝ <https://dmh.lacounty.gov/our-services/consumer-and-family-affairs/privacy> կամ գրավոր հարցում ուղարկելով հետևյալ հասցեով՝

**Office of Patient's Rights
Los Angeles County Department of Mental Health
510 S. Vermont Ave., 21st Floor
Los Angeles, CA 90020**

Հեռախոս՝ (800) 700-9996 Ֆաքս՝ (213) 330-0285

Ծնորհակալություն՝ Ձեզ ծառայություններ մատուցելու և Ձեր առողջության մասին տեղեկատվության ճշգրտությունն ու ամբողջականությունը բարելավելու համար մեզ այս հնարավորությունը ընձեռելու համար։ Մենք ակնկալում ենք շարունակել սպասարկել ձեր առողջապահական կարիքները։