

នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត នៃស្រុក Los Angeles ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់សេវាកម្មនានា

សេវាកម្ម

នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្តនៃស្រុក Los Angeles (LACDMH) ផ្តល់ជូននូវសេវាកម្មឯកទេសផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្ត (SMHS) សម្រាប់បុគ្គលដែលមានជំងឺផ្លូវចិត្ត ឬបញ្ហាសកម្មភាពដែលតម្រូវឱ្យមានការព្យាបាលដោយអ្នកឯកទេស។ ជំងឺ ឬក៏បញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តទាំងនេះមានកម្រិតធ្ងន់ធ្ងរគ្រប់គ្រាន់ដែលអាចប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពនៃសកម្មភាព រស់នៅប្រចាំថ្ងៃរបស់ពួកគេ។ សេវាកម្មឯកទេសផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្ត (SMHS) អាចរួមមានការធ្វើតេស្តផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ ការព្យាបាលចិត្តសាស្ត្រ/ការប្រឹក្សា សេវាកម្មស្តារនីតិសម្បទា ការប្រើប្រាស់ថ្នាំព្យាបាល ការគ្រប់គ្រងសំណុំរឿង ការធ្វើតេស្ត នៅមន្ទីរពិសោធន៍ ដំណើរការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងសេវាកម្មសមស្របផ្សេងៗទៀត។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាកម្មទាំងនេះ សូមអាន **កូនសៀវភៅណែនាំអ្នក**

ទទួលបានសម្រាប់សេវាកម្មឯកទេសផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់ស្រុក Los Angeles ដោយចូលទៅកាន់៖ <https://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/> ។ អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃសៀវភៅណែនាំនេះបានគ្រប់ពេលវេលា។

សេវាកម្មឯកទេសផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្ត (SMHS) ទាំងអស់ដែលបានផ្តល់ជូនអតិថិជននៅក្នុងប្រព័ន្ធ LACDMH នឹងត្រូវបានសម្របសម្រួលដោយបុគ្គលិកនៃទីភ្នាក់ងារតែមួយ។ សេវាកម្មនានាអាចនឹងត្រូវផ្តល់ជូននៅទីតាំងខុសៗគ្នា ប្រសិនបើការធ្វើបែបនេះនឹងផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដល់ការព្យាបាលរបស់អតិថិជន។ ដើម្បីស្វែងរកទីតាំង LACDMH ដែលប្រតិបត្តិការដោយផ្ទាល់ និងទីតាំងអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានចុះកិច្ចសន្យានៅទូទាំងស្រុក Los Angeles សូមអាន **បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់ LACDMH** ដោយចូលទៅកាន់គេហទំព័រ៖ <https://dmh.lacounty.gov/pd/> ។

ការផ្តល់សេវាកម្ម

នៅពេលផ្តល់សេវាកម្មឯកទេសផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្ត (SMHS) LACDMH ប្រើប្រាស់ **សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តតាមសន្តិសិទ្ធិវីដេអូ (Telehealth) សេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទ (Telephone) ការផ្ញើសារជាអក្សរដែលមានសុវត្ថិភាព (Secure Text Messaging) និងការផ្ញើអ៊ីម៉ែលដោយមានសុវត្ថិភាព (Secure Email)** ដើម្បីបំពេញតម្រូវការរបស់អតិថិជនឱ្យបាន ប្រសើរឡើង។ សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តតាមសន្តិសិទ្ធិវីដេអូ (ជាមួយនឹងការប្រាស្រ័យទាក់ទងជាសំឡេង និង អាច មើលឃើញ) និងសេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទ (តែជាមួយនឹងការ ប្រាស្រ័យទាក់ទងជាសំឡេងប៉ុណ្ណោះ) គឺជាវិធីដែលបុគ្គលិក អាចផ្តល់នូវការប្រើប្រាស់ប្រសើរជាងមុនចំពោះសេវាកម្មកាន់តែទូលំទូលាយទៅពលរដ្ឋ ពីសេវាកម្មនានាដែលបានរាប់រងរបស់យើងខ្ញុំ បន្ថែមពីលើការប្រាស្រ័យ ទាក់ទងជាមួយនឹងអតិថិជនរបស់យើងខ្ញុំ។ តាមរយៈការប្រើប្រាស់សេវាថែទាំសុខភាពសន្តិសិទ្ធិវីដេអូ និងសេវាថែទាំតាម ទូរស័ព្ទ អតិថិជននឹងអាចនិយាយជាមួយបុគ្គលិកសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងចូលរួមក្នុងការទទួលបានសេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្តនានាពីទីតាំងនៅក្នុងតំបន់របស់ពួកគេ។ ការផ្ញើសារជាអក្សរ ប្រកបដោយសុវត្ថិភាព និងការផ្ញើអ៊ីម៉ែលសុវត្ថិភាព គឺជា មធ្យោបាយបន្ថែមដែលបុគ្គលិករបស់យើងអាចទំនាក់ ទំនង យ៉ាងរហ័ស និងប្រកបដោយ ប្រសិទ្ធភាព ទាក់ទងនឹងសេវាកម្មផ្សេងៗរបស់ពួកគេ។ អត្ថបទសុវត្ថិភាព និងត្រូវ បានផ្ញើតាមរយៈកម្មវិធីអនុម័តដោយ LACDMH និងព័ត៌មានដែលត្រូវបានចែករំលែក អត្ថបទសុវត្ថិភាព និងត្រូវ បានកំណត់ការណាត់ជួប និងរំលឹកអំពីការព្យាបាល ។ បុគ្គលិកនឹងមិនប្រើប្រាស់ អត្ថបទសុវត្ថិភាពសម្រាប់ គោល បំណងធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬការព្យាបាលនោះទេ ។ គឺពិតជាសំខាន់ ណាស់ដែលអតិថិជន បន្តផ្តល់ដំណឹងដល់អ្នកផ្តល់ សេវាកម្មផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្ត ពីព័ត៌មានទំនាក់ទំនងបច្ចុប្បន្នរបស់ ពួកគេ ក្នុងករណី ដែលមានការផ្លាស់ប្តូរនៅ ពេលណាមួយ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាថែទាំសុខភាពតាមសន្តិសិទ្ធិវីដេអូ សេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទ ការផ្ញើសារជាអក្សរដែលមានសុវត្ថិភាព និងការផ្ញើអ៊ីម៉ែលដោយ សុវត្ថិភាព សូមអានផ្នែក សំណួរដែលបានសួរ ជាញឹកញាប់នៅទំព័រខាងក្រោម។

អតិថិជនមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្មនានា ដែលអាចនឹងផ្តល់ជូនតាមរយៈសេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តសន្តិសិទ្ធិវីដេអូ ឬសេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទ តាមរយៈការទៅកាន់ទីតាំងដោយផ្ទាល់ដោយអាស្រ័យទៅតាមជម្រើសរបស់ពួកគេ។ ការធានារ៉ាប់ រង Medi-Cal រាប់បញ្ចូលទាំងការផ្តល់ជូនសេវាកម្មផ្នែកមធ្យោបាយធ្វើដំណើរទៅជួប ផ្ទាល់ ការជ្រើសរើសទីតាំងនៅពេល ដែលធនធាន បានប្រើប្រាស់ អស់ដោយ ហេតុផល។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីការទទួលបានមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ សូមពិភាក្សាជាមួយនឹងសមាជិកគម្រោងរ៉ាប់រងការថែទាំដែលបានគ្រប់គ្រង របស់នាយកដ្ឋានសេវាកម្មនានា ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័រ៖ <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Transportation.aspx> ។

សមត្ថភាពរបស់អតិថិជនក្នុងការអនុញ្ញាត

សម្រាប់អតិថិជន (ឧ៖ អតិថិជនដែលមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ) ជាធម្មតាអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់ពួកគេអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់សេវាកម្មនានាក្នុងនាមកូនរបស់ពួកគេ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ មាន ស្ថានភាពមួយចំនួនដែលអតិថិជន

នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត នៃស្រុក Los Angeles ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់សេវាកម្មនានា

(អាយុចាប់ពី 12 ឆ្នាំឡើង) អាចនឹងមានសិទ្ធិក្នុងការអនុញ្ញាតសម្រាប់ ការប្រើប្រាស់សេវាកម្មនានាដោយខ្លួនពួកគេ ផ្ទាល់។ ប្រសិនបើវាត្រូវបានកំណត់ថាសមស្របចំពោះគ្លីនិក នោះអ្នក អនុវត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រម្នាក់នឹងត្រូវបំពេញផ្នែក **ការអនុញ្ញាតសម្រាប់អនីតិជន** ដើម្បីកំណត់ថាគេអនីតិជននោះចាស់ទុំ គ្រប់គ្រាន់ដើម្បីចូលរួម និងអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ សេវាកម្មនានា ឬនៅ។ អនីតិជនអាចនឹង មិនយល់ព្រមចំពោះការ ប្រើប្រាស់ថ្នាំពេទ្យផ្លូវចិត្តទេ។ បន្ថែមពីលើការ អនុញ្ញាតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់សេវាកម្ម SMHS ដោយពួកគេផ្ទាល់ ប្រសិន បើអនីតិជនម្នាក់ចង់បែកចេញពីគម្រោង ធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់ពួកគេ ដើម្បី បង្កើតគម្រោងថ្មីដោយខ្លួនឯង (ដែលអាចនឹង បណ្តាលឱ្យអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់ពួកគេមិនបានដឹងពីការ ទទួលការព្យាបាលរបស់ពួកគេ) ពួកគេនឹងចាំបាច់ ត្រូវទាក់ទងទៅ នាយកដ្ឋានសេវាកម្មសង្គមសាធារណៈ (DPSS) ដើម្បីចុះឈ្មោះក្នុង **គម្រោង Medi-Cal អនុញ្ញាតសម្រាប់ អនីតិជន** ឬក៏ **សេវាកម្មសម្ងាត់ផ្ទាល់ខ្លួនផ្សេងៗទៀត**។ សម្រាប់ ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីកម្មវិធីនេះ សូមចូលទៅ កាន់គេហទំព័រ៖ <https://dpss.lacounty.gov/en/health/teens.html> ។

ការណែនាំអំពីការថែទាំសុខភាពជាមុនសម្រាប់ មនុស្សពេញវ័យ

អ្នកទទួល Medi-Cal ទាំងអស់ដែលមាន អាយុចាប់ពី 18 ឆ្នាំឡើងទៅ មានសិទ្ធិធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការ ព្យាបាល ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ពួកគេ លុះ ត្រាតែពួកគេត្រូវ បានរក្សាការពារ ឬភាគីទីបី ត្រូវបានប្រគល់នូវសិទ្ធិ សម្រាប់ធ្វើការ សម្រេចចិត្តទាក់ទងនឹងការថែទាំសុខភាពរបស់ពួកគេ។ **ការណែនាំអំពីការថែទាំសុខភាពជាមុន** គឺជាឯកសារច្បាប់ មួយដែលអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលម្នាក់ធ្វើការថែទាំជាមុន ពីគោលបំណងរបស់ពួកគេ ក្នុងករណីដែលពួកគេអាចនឹងបាត់បង់ សមត្ថភាពក្នុងការធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកថែទាំសុខភាពនៅថ្ងៃអនាគត។ រាល់ព័ត៌មានស្តីពីការណែនាំអំពីការថែទាំ សុខភាពជាមុនទាំងអស់នឹងត្រូវរក្សាទុកនៅក្នុងកំណត់ ត្រាគ្លីនិករបស់អនីតិជន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីការ ណែនាំអំពីការថែទាំសុខភាពជាមុន និងវិធីអនុវត្តផងដែរ នោះ សូមអានផ្នែក សំណួរដែលបានសួរជាញឹកញាប់ ខាង ក្រោម។

មូលដ្ឋានទិន្នន័យនៃការទូទាត់បើកចំហ

ច្បាប់ Sunshine របស់សហព័ន្ធស្តីពីការទូទាត់ថ្លៃសេវាគ្រូពេទ្យ (Physician Payments Sunshine Act) តម្រូវចាំបាច់ឱ្យបង្ហាញជាសាធារណៈនូវព័ត៌មានលម្អិតអំពីការទូទាត់ ដែលមានចំនួនច្រើនជាងដប់ដុល្លារ (10\$) ទៅកាន់គ្រូពេទ្យ ដែលទូទាត់ពីក្រុមហ៊ុនផលិតឱសថ, ឧបករណ៍ប្រើប្រាស់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងផ្នែកជីវសាស្ត្រ។ មូលដ្ឋានទិន្នន័យនៃការ ទូទាត់បើកចំហគឺជាឧបករណ៍សហព័ន្ធដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីស្វែងរកការទូទាត់ទាំងឡាយ ដែលបានធ្វើឡើង ដោយក្រុមហ៊ុនផលិតឱសថ និងឧបករណ៍ទៅកាន់គ្រូពេទ្យ និងមន្ទីរពេទ្យដែលមានទទួលបង្រៀន ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនានា។ មូលដ្ឋានទិន្នន័យនៃការទូទាត់បើកចំហមាននៅលើគេហទំព័រ <http://openpaymentsdata.cms.gov> ។

គោលការណ៍ណែនាំអំពីការព្យាបាល

ក្រសួងសុខាភិបាលផ្លូវចិត្តអភិវឌ្ឍន៍ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងការព្យាបាល និងការអនុម័ត ដែលផ្អែកលើភស្តុតាងគ្លីនិកដែលមានសុពលភាព និងទុកចិត្តបាន និង/ឬ ការយល់ព្រមពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត។ ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងការព្យាបាលត្រូវបានគ្រួសារពិនិត្យ និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពយ៉ាងទៀងទាត់។ ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងការព្យាបាលរបស់ក្រសួង DMH អាចរកបាននៅ <https://secure2.compliancebridge.com/lacdmh/public/index.php?fuseaction=app.main&msg=> ឬដោយសួរអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

MyHealthPointe

MyHealthPointe គឺជាវិបធានមតិអនិច្ចកលអនឡាញដែលផ្តល់ភាពងាយស្រួល និងសុវត្ថិភាពក្នុងការចូលទៅកាន់កំណត់ ត្រាសុខភាពផ្លូវចិត្តតាមអនឡាញរបស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើង៖ <https://dmh.lacounty.gov/client-portal/>។

តាមរយៈការអនុញ្ញាតចំពោះសេវាកម្មនានារបស់ LACDMH អ្នកទទួលដឹងថា៖

1. អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការដឹងពី និងការចូលរួមក្នុងការជ្រើសរើសប្រភេទណាមួយនៃ សេវាកម្មឯកទេសផ្នែក សុខភាព ផ្លូវចិត្ត (SMHS) ដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុង **កូនសៀវភៅណែនាំអ្នកទទួលបានសម្រាប់សេវាកម្ម ឯកទេសផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្ត របស់ស្រុក Los Angeles** ។
2. អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្មនានាដោយមិនត្រូវបានតម្រូវចាំបាច់ឱ្យទទួលសេវាកម្មផ្សេងៗពីប្រព័ន្ធ LACDMH ឡើយ។
3. សេវាកម្មទាំងអស់ រួមទាំងការប្រើប្រាស់សេវាថែទាំសុខភាពសន្តិសុខវីឌេអូ សេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទ ការប្រើប្រាស់ អ៊ីម៉ែលដោយសុវត្ថិភាព និង/ឬ សារជាអក្សរដែលមានសុវត្ថិភាព គឺមិនមានការបង្ខិតបង្ខំឡើយ ហើយអ្នកមាន សិទ្ធិធ្វើការស្នើសុំការផ្លាស់ប្តូរអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម (ទីភ្នាក់ងារ ឬបុគ្គលិក) ។

ការយល់ព្រមរបស់ LACDMH សំរាប់សេវាកម្ម

នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត នៃស្រុក Los Angeles
ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់សេវាកម្មនានា

4. អ្នកមានជម្រើសក្នុងការរក្សាទុក ឬដកចេញនូវការអនុញ្ញាត ចំពោះសេវាកម្មណាមួយ ឬវិធីនៃការផ្តល់សេវាកម្ម ឬមធ្យោបាយនៃការប្រាស្រ័យទាក់ទង បានគ្រប់ពេលវេលា រួមទាំងពេលណាមួយនៅ អំឡុងវគ្គព្យាបាល ដោយមិន ប៉ះពាល់ទៅលើសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំ ការព្យាបាលនាពេលអនាគត ឬការ ប្រឈមនឹងហានិភ័យនៃការបាត់បង់ ឬការដកចេញពីកម្មវិធីអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយ ដែលអ្នកមានសិទ្ធិ ទទួលបាន។ បុគ្គលិកសុខភាពផ្លូវចិត្តក៏អាច នឹងធ្វើការដកចេញភាពដែលអាចប្រើប្រាស់វិធីផ្តល់សេវាកម្ម ជាក់លាក់មួយចំនួន ឬមធ្យោបាយនៃការប្រាស្រ័យ ទាក់ទងណាមួយដែលត្រូវបានកំណត់ថាវាមិនមែនជា វិធីដែលល្អបំផុតនៃការផ្តល់សេវាកម្ម និង/ឬ ប្រាស្រ័យទាក់ ទងទេ។
5. បុគ្គលិក LACDMH ទាំងអស់ ដោយជាលក្ខខណ្ឌមួយនៃការងាររបស់ពួកគេ ត្រូវធ្វើសច្ចាប្បណិ ធានជារៀងរាល់ ឆ្នាំក្នុងការរក្សាការសម្ងាត់ដែលហាមប្រាមពួកគេមិនឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានរបស់អតិថិជន ឡើយលុះត្រាតែមានការ អនុញ្ញាតពីសហព័ន្ធ រដ្ឋ និងនាយកដ្ឋានផ្នែកច្បាប់ គោលការណ៍ និងនីតិវិធី រក្សាភាពសម្ងាត់។
6. រាល់ព័ត៌មានណាមួយដែលបានបញ្ចេញដល់បុគ្គលិកដែលត្រូវបានកំណត់ដោយពួកគេថាមានសារៈ សំខាន់ សម្រាប់ការថែទាំនឹងត្រូវបានកាត់ត្រាទុកនៅក្នុងកំណត់ត្រាគ្លីនិកដើម្បីប្រាកដថាបុគ្គលិកផ្នែក ព្យាបាល ទទួលបានព័ត៌មានដែលពេញលេញបំផុតអំពីអ្នក នៅពេលដែលសម្រេចចិត្តធ្វើការព្យាបាល ដែលសមស្រប ចំពោះតម្រូវការរបស់អ្នក និងសម្រាប់គុណភាពនៃការថែទាំផងដែរ។
7. ព័ត៌មានប្រជាសាស្ត្រ និងព័ត៌មានផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងប្រព័ន្ធកំណត់ត្រាសុខភាព អេឡិចត្រូនិករបស់ LACDMH ហើយអាចនឹងធ្វើឱ្យមានការចូលមើលបានសម្រាប់បុគ្គលិករបស់ LACDMH និងបុគ្គលដែលត្រូវបានផ្តល់សិទ្ធិផ្សេងទៀតដែលសមស្រប និងដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការព្យាបាល របស់អ្នក។ សូមអានសេចក្តីជូនដំណឹងនៃការអនុវត្តកិច្ចការរបស់ទីភ្នាក់ងារផ្នែកសុខភាព នៃស្រុក Los Angeles (Los Angeles County Health Agency Notice of Privacy Practices) សម្រាប់ ព័ត៌មានបន្ថែមទៀត។
8. ហានិភ័យដែលអាចកើតមាននៃការប្រើប្រាស់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពសន្តិសិទ្ធិវិទ្យុ និងសេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទ រួមមានការបរាជ័យទាំងស្រុង ឬមួយផ្នែកនៃឧបករណ៍ដែលកំពុងតែត្រូវបានប្រើប្រាស់អាច បណ្តាលឱ្យមានការបាត់ បង់ភាពដែលអាច ផ្តល់សេវាកម្មផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្តជាបណ្តោះអាសន្នរបស់បុគ្គលិកសុខភាពផ្លូវចិត្ត។
9. តាមរយៈការអនុញ្ញាត ឱ្យប្រើប្រាស់ការធ្វើអ៊ីម៉ែលដោយសុវត្ថិភាព និង/ឬសារអក្សរដោយសុវត្ថិភាព អ្នកយល់ព្រម អនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលិក LACDMH ធ្វើការផ្ញើព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់អ្នក និងការថែទាំទៅកាន់ អ្នកតាមរយៈសារអក្សរដោយសុវត្ថិភាព និងអ៊ីម៉ែលដោយសុវត្ថិភាព។
10. អ៊ីម៉ែលសុវត្ថិភាព និងសារជាអក្សរដែលមានសុវត្ថិភាពនឹងមិនត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ស្ថានភាពបន្ទាន់ ឬ អាសន្ន និង/ឬ សម្រាប់គោលបំណងធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យឡើយ។ អ្នកគួរតែពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម របស់អ្នក ពីវិធីដែលល្អបំផុតសម្រាប់ទាក់ទងទៅពួកគេបន្ទាប់ពីចប់ម៉ោងធ្វើការ ឬអំឡុងពេលមានស្ថាន ភាពបន្ទាន់ ឬ អាសន្ន។ រាល់ការស្នើសុំនានាដែលត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃតាមរយៈអ៊ីម៉ែលសុវត្ថិភាព ឬសារអក្សរ សុវត្ថិភាព នឹងមិនត្រូវ បានទទួលយកឡើយ។

មានការពិចារណាផ្នែកបច្ចេកទេសមួយចំនួនសម្រាប់ឧបករណ៍ផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក នៅពេលធ្វើការប្រើប្រាស់សេវាថែទាំសុខភាពសន្តិសិទ្ធិវិទ្យុ និងសេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទ ការធ្វើអ៊ីម៉ែលដោយមានសុវត្ថិភាព និង/ឬ ការផ្ញើសារ ជាអក្សរដែលមានសុវត្ថិភាព។ តាមរយៈការអនុញ្ញាត អ្នកទទួលបានដឹងដូចខាងក្រោម៖

1. LACDMH សន្មត់មិនទទួលខុសត្រូវចំពោះឧបករណ៍របស់អ្នកទេ ប្រសិនបើការដំឡើងកម្មវិធីសេវាថែទាំសុខភាពសន្តិសិទ្ធិវិទ្យុ និងសេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទការធ្វើអ៊ីម៉ែលដោយមានសុវត្ថិភាព និង/ឬ ការផ្ញើសារ ជាអក្សរដែលមាន សុវត្ថិភាព ដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ពី LACDMH នោះ បានបណ្តាលឱ្យមានការប៉ះទង្គិច ការមិន ដំណើរ ការ រក្សាខូចខាតណាមួយ។
2. អ្នកទទួលខុសត្រូវទាំងស្រុងសម្រាប់ការគ្រប់គ្រង ការប្រតិបត្តិ និងការថែរក្សាឧបករណ៍ និងកម្មវិធីរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើឧបករណ៍របស់អ្នកមានបញ្ហាណាមួយ ឬបាត់បង់ ឬត្រូវបានលួច ខាង LACDMH នឹងមិនទទួលខុស ត្រូវសម្រាប់ការបញ្ចេញព័ត៌មាន រួមទាំងតែមិនកំណត់ ព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ (PHI) ដែលមាន នៅលើឧបករណ៍នោះឡើយ។
3. LACDMH មិនអនុញ្ញាតឱ្យមានការថតទុកនូវវគ្គព្យាបាលទេ រួមទាំងវគ្គព្យាបាលតាមរយៈសេវាថែទាំសុខភាពសន្តិសិទ្ធិវិទ្យុ និងសេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទផងដែរ លុះត្រាតែការអនុញ្ញាតច្បាស់លាស់ត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយអ្នក និង ដោយអ្នកអ្នកព្យា បាលរបស់អ្នក។
4. LACDMH នឹងមិនចែករំលែករូបភាពដែលអាចបញ្ជាក់ពីបុគ្គល ឬព័ត៌មានរបស់អ្នក ពីការទំនាក់ទំនងតាមការ ផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព សន្តិសិទ្ធិវិទ្យុទៅកាន់អ្នកស្រាវជ្រាវ ឬអង្គភាពផ្សេងៗដោយមិនមានការអនុញ្ញាត យល់ព្រមពីអ្នកឡើយ។

ការយល់ព្រមរបស់ LACDMH សំរាប់សេវាកម្ម

នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត នៃស្រុក Los Angeles ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់សេវាកម្មនានា

5. អាចនឹងមានការពន្យារពេលរវាងពេលដែលសារអក្សរសុវត្ថិភាព និង/ឬ អ៊ីម៉ែលសុវត្ថិភាពត្រូវបានដាក់បញ្ជូន និងចំណុចដែលអ្នកផ្តល់សេវាកម្មព្យាបាលរបស់អ្នកអាន និង/ឬ ឆ្លើយតបវិញ។ អ្នកនឹងមិនដឹងទេថាតើព័ត៌មាននៅក្នុងសារអក្សរ ឬអ៊ីម៉ែលនោះត្រូវបានបើកមើលហើយឬនៅ ហើយ LACDMH មិនអាចព្យាករណ៍ដឹងទេថាពេលណាអ្នកនឹងទទួលបានការឆ្លើយតបវិញ។
6. សារអក្សរសុវត្ថិភាព និងអ៊ីម៉ែលសុវត្ថិភាពដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ដោយ LACDMH គឺជាវិធីតែមួយគត់សម្រាប់ការផ្ញើ និងការទទួលព័ត៌មានជាសារអក្សរជាមួយនឹងបុគ្គលិករបស់ LACDMH ។
7. អ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ ឬថ្លៃផ្ញើសារដែលទាក់ទងនឹងការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់ឧបករណ៍នោះសម្រាប់ការទទួលសេវាកម្មសុខភាពតាមទូរស័ព្ទ ការទូរស័ព្ទ និងការផ្ញើសារជាអក្សរ។
8. ព័ត៌មានដែលត្រូវបានផ្ញើតាមរយៈសារអក្សរសុវត្ថិភាព និងអ៊ីម៉ែលសុវត្ថិភាព អាចនឹងជួយដល់បុគ្គលិកសុខភាពផ្លូវចិត្តក្នុងការផ្តល់ជូនកាលវិភាគ និងការព្យាបាល។
9. ទោះបីជាអ៊ីម៉ែល និងសារអក្សរ (មួយឬច្រើន) នឹងត្រូវបានផ្ញើតាមរយៈវិធីដែលមានសុវត្ថិភាពក៏ដោយ មានហានិភ័យមួយដែលសារអក្សរ ឬអ៊ីម៉ែលដែលមានបំណងផ្ញើជូនអ្នក អាចនឹងត្រូវបានបញ្ជូនទៅអាស័យដ្ឋានអ៊ីម៉ែល ឬលេខទូរស័ព្ទខុស ដោយអចេតនា។

នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត នៃស្រុក Los Angeles
ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់សេវាកម្មនានា

ខ្ញុំ _____ អនុញ្ញាតយល់ព្រមទទួលសេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្តនានា ដោយនាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត
នៃស្រុក Los Angeles ។

ខ្ញុំបានអានរាល់ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ជូនក្នុងសេចក្តីអនុញ្ញាតនេះរួចហើយ។ ខ្ញុំមានឱកាសសាកសួរសំណួរផ្សេងៗអំពីព័ត៌
មាននេះ ហើយសំណួរទាំងអស់របស់ខ្ញុំត្រូវបានឆ្លើយរួចហើយ។ ខ្ញុំយល់នូវព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលបានផ្តល់ជូន។

ខ្ញុំអនុញ្ញាតយល់ព្រមប្រើប្រាស់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពសន្តិសិទ្ធិខេម្ម បាន/បាន ☐ ទេ ☐

ខ្ញុំអនុញ្ញាតយល់ព្រមប្រើប្រាស់សេវាកម្មថែទាំតាមទូរស័ព្ទ បាន/បាន ☐ ទេ ☐

ខ្ញុំអនុញ្ញាតយល់ព្រមប្រើប្រាស់ការធ្វើសារអក្សរសុវត្ថិភាពសម្រាប់ទំនាក់ទំនង បាន/បាន ☐ ទេ ☐

អនុញ្ញាតយល់ព្រមប្រើប្រាស់ការធ្វើអ៊ីម៉ែលសុវត្ថិភាពសម្រាប់ទំនាក់ទំនង បាន/បាន ☐ ទេ ☐

អាស័យដ្ឋានអ៊ីម៉ែលសម្រាប់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពសន្តិសិទ្ធិខេម្ម និង/ឬ អ៊ីម៉ែលសុវត្ថិភាព៖

លេខទូរស័ព្ទសម្រាប់សេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទ និង/ឬ សារអក្សរសុវត្ថិភាព៖ _____

ខ្ញុំបានទទួល ព័ត៌មានអំពីការណែនាំ ការថែទាំសុខភាពជាមុន បាន/បាន ☐ ទេ ☐

ខ្ញុំមានការណែនាំអំពីការថែទាំសុខភាពជាមុនហើយនៅបច្ចុប្បន្ននេះ បាន/បាន ☐ ទេ ☐
ប្រសិនបើមាន សូមផ្តល់នូវច្បាប់ចម្លងមួយដល់យើងខ្ញុំដើម្បីទុកនៅក្នុងកំណត់ត្រាគ្លីនិករបស់អ្នក

ហត្ថលេខាអតិថិជន

កាលបរិច្ឆេទ

ហត្ថលេខាមនុស្សពេញវ័យដែលទទួលខុសត្រូវ*

ទំនាក់ទំនងនឹងអតិថិជន

កាលបរិច្ឆេទ

*មនុស្សពេញវ័យដែលទទួលខុសត្រូវ = អាណាព្យាបាល អ្នករក្សាការពារ ឬឪពុកម្តាយ របស់អតិថិជននៅពេលគម្រោងចាំបាច់។

ព័ត៌មានសម្ងាត់នេះត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយអនុលោមតាមច្បាប់ និងបទប្បញ្ញត្តិរបស់រដ្ឋ និង
សហព័ន្ធ ដែលរួមទាំង តែមិនកំណត់ ចំពោះច្បាប់ស្តីពីសុខុមាលភាពនិងស្ថាប័នដែលអនុវត្តបាន
ត្រឹមត្រូវ និងបទដ្ឋានឯកជនភាព HIPAA (HIPAA Privacy Standards) ។ ការថតចម្លងនៃ
ព័ត៌មាននេះដើម្បីឱ្យបុគ្គលទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាព ដោយមានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ
ជាមុនពីអតិថិជន ឬពីអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត ដែលពាក់ព័ន្ធ ឬលុះត្រា តែមានការ
អនុញ្ញាតដោយច្បាប់។
ការបង្កើតបញ្ជីព័ត៌មាននេះត្រូវបានគម្រោងទាមទារចាំបាច់បន្ទាប់ពីគោលបំណង
ដែលបានចែងនៃសំណើដើមត្រូវបានបំពេញរួចរាល់។

ឈ្មោះ៖ _____ អត្តលេខ DMH ៖ _____
ទីភ្នាក់ងារ៖ _____ អត្តលេខអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម៖ _____
ស្រុក Los Angeles – នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត

ការយល់ព្រមរបស់ LACDMH សំរាប់សេវាកម្ម

នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត នៃស្រុក Los Angeles
ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់សេវាកម្មនានា
ទំព័រនេះគឺសម្រាប់បុគ្គលិកធ្វើការបំពេញ

Signator ☐ was given ☐ declined a copy of this Consent on _____ by _____.
Date Initials

☐ This Consent was interpreted in _____ for the client and/or responsible adult.
If a translated version of this Consent was signed by the client and/or responsible adult, the translated version must be attached to the English version.

☐ Client and/or Responsible Adult is unavailable/unable to sign. Verbal/implicit consent was provided on _____
Date

☐ Client is a minor and signed above without parental/guardian consent, and I have verified minor is eligible to sign as well as their signature (see Consent for Minor section below).

If yes, is client enrolled in **Minor Consent Medi-Cal**? ☐ Yes ☐ No

Note: If client does have Minor Consent Medi-Cal, all services must be claimed using Non-Billable to Medi-Cal procedure codes.

☐ A court order/minute order has been obtained and consenting on their own or someone on their behalf is not an option.
I have provided the first page of the Consent for Services as well as the FAQs to the Client and/or Responsible Adult

Signature of Staff/Work Force Member

Date

Consent For Minor: Please select the appropriate section(s) about the minor:

☐ **EMANCIPATED:** This minor has been declared emancipated from his/her parent/guardian by the courts and has been issued an identification card by the Department of Motor Vehicles (Cal Fam Code 7120). A copy of the identification card must be filed with this form.

☐ **ACTIVE DUTY WITH ARMED FORCES:** This minor must be currently serving in the US Armed Forces. A copy of his/her military ID must be filed with this form (Cal Fam Code 7002).

☐ **MARRIED:** This minor is or has been married (Cal Fam Code 7002). A copy of the marriage certificate must be filed with this form.

☐ **SELF-SUFFICIENT:** This minor is self-sufficient as exhibited by being able to declare all of the following (Cal Fam Code 6922).

- I am 15 years of age or older, having been born on _____ (birthdate).
- I am living at the address given on admission for services which is apart from the home/residence of my parents or legal guardian.
- I am managing my own financial affairs indicated by the financial information provided by me on admission for services.
- I understand that I am financially responsible for the charges for my mental health services and I may not disaffirm this consent because I am a minor.

The below options must be verified/selected by an Authorized Mental Health Discipline (AMHD).

☐ **REQUEST FOR MENTAL HEALTH SERVICES:** This minor is mature enough to participate in mental health treatment. I certify that each of the below 3 criteria are met. (Cal Fam Code 6924)

1. The client is 12 or older and mature enough to participate intelligently in the services provided.

2. The minor was consulted regarding parent/guardian's involvement on _____. The client's parent(s)/guardian(s):
(date)

☐ Were contacted on _____ by _____
(date)

☐ Were **NOT** contacted because _____

3. The client's parent(s)/guardian(s): ☐ Are currently involved in the services provided

☐ Do not want or are unwilling to participate in the treatment ☐ Are not appropriate to participation in the services provided

Note: The client WILL NOT be prescribed psychotropic medications without legal guardian or court consent.

AMHD Signature and Discipline

Date

នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត នៃស្រុក Los Angeles
ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់សេវាកម្មនានា

- អ្នកចុះហត្ថលេខា ☐ ត្រូវបានផ្តល់ឱ្យ ☐ បដិសេធមិនផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃការអនុញ្ញាតនេះនៅ _____ ដោយ _____ ។
_____ កាលបរិច្ឆេទ _____ ហត្ថលេខាសម្លេង
- ☐ ការអនុញ្ញាតនេះត្រូវបានបកប្រែជាភាសា _____ សម្រាប់អតិថិជន និង/ឬមនុស្សពេញវ័យទទួលខុសត្រូវ។
ប្រសិនបើទម្រង់បកប្រែនៃសេចក្តីអនុញ្ញាតនេះត្រូវបានចុះហត្ថលេខាដោយអតិថិជន និង/ឬ មនុស្សពេញវ័យទទួលខុសត្រូវ ត្រូវតែភ្ជាប់ទម្រង់ជាភាសាបកប្រែ
នោះជាមួយនឹងទម្រង់ជាភាសាអង់គ្លេស។
- ☐ អតិថិជន និង/ឬ មនុស្សពេញវ័យដែលទទួលខុសត្រូវមិនមានពេល ឬមិនអាចចុះហត្ថលេខាទេ។ ការអនុញ្ញាតដោយវាចា ឬដោយគុណភាពត្រូវ
បានផ្តល់ជូននៅ _____
_____ កាលបរិច្ឆេទ
- ☐ អតិថិជនគឺជាអតិថិជន ហើយបានចុះហត្ថលេខានៅខាងលើ ដោយគ្មានការអនុញ្ញាតពី ឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាល ហើយខ្ញុំបានបញ្ជាក់
ថាអតិថិជននេះមានសិទ្ធិចុះហត្ថលេខា និងហត្ថលេខាបស់ពួកគេផងដែរ (សូមមើលផ្នែក ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ អតិថិជន នៅខាងក្រោម) ។
ប្រសិនបើមាន តើអតិថិជនបានចុះឈ្មោះនៅក្នុង ការអនុញ្ញាតចំពោះអតិថិជននៃ Medi-Cal? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
សម្គាល់: ប្រសិនបើអតិថិជន មានការយល់ព្រមពី Medi-Cal ក៏ដូចជា សេវាកម្មទាំងអស់នឹងត្រូវ តែបានទាមទារដោយការប្រើប្រាស់ លេខកូដនីតិវិធី Medi-Cal
ដែលមិនអាចចេញវិក័យបត្រ (Non-Billable to Medi-Cal procedure codes) ។
- ☐ សេចក្តីបង្គាប់ពីតុលាការ ឬការកាត់បន្ថយត្រូវបានទទួល និងធ្វើការអនុញ្ញាតដោយពួកគេផ្ទាល់ ឬនរណាម្នាក់ក្នុងនាមជំនួសពួកគេមិនមែនជាជម្រើសដែលផ្តល់ជូន
ទេ។ ខ្ញុំបានផ្តល់ជូននូវព័ត៌មានទាំងអស់នៃការអនុញ្ញាតសម្រាប់សេវាកម្មនានា ក៏ដូចជាសំណួរដែលបាន សួរជាញឹកញាប់ (FAQ) ទៅកាន់អតិថិជន និង/ឬមនុស្សពេញ
វ័យដែលទទួលខុសត្រូវរួចហើយ

ហត្ថលេខាបុគ្គលិក/សមាជិកបម្រើការងារ

កាលបរិច្ឆេទ

ការអនុញ្ញាតសម្រាប់អតិថិជន: សូម ជ្រើសរើសផ្នែក ដែលសមរម្យ(មួយឬច្រើន) អំពីអតិថិជន:

- ☐ បានដោះខ្លួន: អតិថិជននេះត្រូវបានប្រកាសថាបានដោះខ្លួនពីឪពុកម្តាយឬអាណាព្យាបាលរបស់គាត់ ដោយគុណភាព ហើយត្រូវបានចេញប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនដោយ
នាយកដ្ឋានយានយន្ត (Department of Motor Vehicles) (ក្រមច្បាប់គ្រួសារនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា [Cal Fam Code] 7120) ។ ច្បាប់ចម្លង នៃប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួននេះត្រូវតែដាក់
ភ្ជាប់ជាមួយនឹងទម្រង់បែបបទនេះ។
- ☐ កាតព្វកិច្ចសកម្មជាមួយកងកម្លាំងប្រដាប់អាវុធ: អតិថិជននេះត្រូវតែកំពុងនៅបន្តជាទាហាននៃកងកម្លាំងប្រដាប់អាវុធអាមេរិក។ ច្បាប់ចម្លងមួយនៃលេខ
សម្គាល់ទាហានរបស់គាត់ត្រូវតែភ្ជាប់ជាមួយនឹងទម្រង់បែបបទនេះ។ (ក្រមច្បាប់គ្រួសារនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា [Cal Fam Code] 7002) ។
- ☐ បានរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍: អតិថិជននេះគឺបាន រៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍រួច (ក្រមច្បាប់គ្រួសារនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា [Cal Fam Code] 7002) ។
ច្បាប់ចម្លងមួយនៃលិខិតបញ្ជាក់ អាពាហ៍ពិពាហ៍ត្រូវតែ ដាក់ភ្ជាប់ជាមួយនឹងទម្រង់បែបបទនេះ។
- ☐ ទ្រទ្រង់ខ្លួនឯងបាន: អតិថិជននេះ អាចទ្រទ្រង់ខ្លួនឯងបានដូចដែលបង្ហាញដោយការ អះអាងពីចំណុចខាងក្រោម (ក្រមច្បាប់គ្រួសារនៃ រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា [Cal Fam
Code] 6922) ។
- ខ្ញុំមានអាយុ 15 ឆ្នាំ ឬច្រើនជាង បានកើតនៅថ្ងៃទី _____ (ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត) ។
 - ខ្ញុំកំពុងរស់នៅអាសយដ្ឋានដែលបានផ្តល់ជូននៅលើរដ្ឋបាលសម្រាប់សេវាកម្មនានាដែលខុសពី ផ្ទះ/ទីលំនៅ របស់ឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់ខ្ញុំ។
 - ខ្ញុំកំពុងគ្រប់គ្រងស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុរបស់ខ្ញុំដោយខ្លួនឯង ដូចដែលបង្ហាញដោយព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុដែលបានផ្តល់ជូនដោយខ្ញុំនៅលើរដ្ឋបាលសេវាកម្មនានា។
 - ខ្ញុំទទួលបានដឹងថាខ្ញុំទទួលខុសត្រូវផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុដោយខ្លួនឯងសម្រាប់ការបង់ប្រាក់នានាសម្រាប់សេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំអាចនឹងមិនបញ្ជាក់ការ
អនុញ្ញាតនេះពីព្រោះខ្ញុំជាអតិថិជន។

ជម្រើសនៅខាងក្រោមត្រូវតែមានការបញ្ជាក់ ឬជ្រើសរើសដោយវិន័យសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលមានការអនុញ្ញាត (Authorized Mental Health Discipline-AMHD) ។

- ☐ តម្រូវការសម្រាប់សេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្ត: អតិថិជននេះគឺកំពុងមានតម្រូវការសេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្ត។ ខ្ញុំបញ្ជាក់ថាតម្រូវការចាំបាច់ នីមួយៗ នៃចំណុចទាំង
បួន នេះត្រូវបានបំពេញ (ក្រមច្បាប់គ្រួសារនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា [Cal Fam Code] 6924) ។
1. អតិថិជនមានអាយុចាប់ពី 12 ឆ្នាំឡើង ឬចាស់ទុំគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការចូលរួមទទួលសេវាកម្មដែលបានផ្តល់ជូនដោយយល់ដឹងច្បាស់។
 2. ឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលរបស់អតិថិជន ☐ ត្រូវបានទំនាក់ទំនងនៅ _____ ដោយ _____
(កាលបរិច្ឆេទ)
☐ មិនត្រូវបានទំនាក់ទំនងទៅពីព្រោះ: _____
 3. ឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលរបស់អតិថិជន: ☐ បច្ចុប្បន្ននេះកំពុងពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាកម្មដែលផ្តល់ជូន
☐ មិនចង់ ឬមិនសុខចិត្តចូលរួមក្នុងការព្យាបាល ☐ មិនស័ក្តិសមក្នុងការចូលរួមក្នុងសេវាកម្មដែលផ្តល់ជូននានា
 4. អតិថិជនស្របតាមលក្ខខណ្ឌណាមួយក្នុងចំណោមចំណុចខាងក្រោម:
☐ មានគ្រោះថ្នាក់ដល់រាងកាយ ឬផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរប្រសិនបើមិនអនុញ្ញាតឱ្យចូលរួម ☐ មានការចោទប្រកាន់ពីការរួមភេទ ឬរំលោភបំពានលើកុមារ
- ☐ ការស្នើសុំសេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្ត: អតិថិជននេះចាស់ទុំគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការចូលរួមការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្ត។ ខ្ញុំបញ្ជាក់ថាលក្ខខណ្ឌទាំង 3 ខាងក្រោមនេះត្រូវបាន
បំពេញ ហើយសេវាកម្មនានានឹងមិនត្រូវបានទទួលចំពោះធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ទេ (ច្បាប់ព្រឹទ្ធសភានៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា [Health & Safety Code] 124260) ។
សេវាកម្មដែល បានផ្តល់ជូនទៅកាន់អតិថិជនដែលបានបំពេញតែលក្ខខណ្ឌទាំងនេះអាចនឹងមិនទទួលបានចំពោះធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ឡើយ
ហើយមូលនិធិជំនួសត្រូវតែមានផ្តល់ជូន។
4. អតិថិជនមានអាយុចាប់ពី 12 ឆ្នាំឡើង ឬចាស់ទុំគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការចូលរួមទទួលសេវាកម្មដែលបានផ្តល់ជូនដោយយល់ដឹងច្បាស់។
 5. ឪពុកម្តាយឬអាណាព្យាបាលរបស់អតិថិជន ☐ ត្រូវបានទំនាក់ទំនងនៅ _____ ដោយ _____
(កាលបរិច្ឆេទ)
☐ មិនត្រូវបានទំនាក់ទំនងទៅពីព្រោះ: _____
 6. ឪពុកម្តាយឬអាណាព្យាបាលរបស់អតិថិជន ☐ បច្ចុប្បន្ននេះកំពុងពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាកម្មដែលផ្តល់ជូន
☐ មិនចង់ ឬមិនសុខចិត្តចូលរួមក្នុងការព្យាបាល ☐ មិនស័ក្តិសមក្នុងការចូលរួមសេវាកម្មដែលបានផ្តល់ជូន

កំណត់សម្គាល់: អតិថិជន នឹងមិនអាចទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាថ្នាំព្យាបាលផ្លូវចិត្តដោយគ្មានការអនុញ្ញាតពីឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទ
ការអនុញ្ញាតសម្រាប់សេវាកម្មឡើយ។

ហត្ថលេខា AMHD និងវិន័យ

កាលបរិច្ឆេទ

ការយល់ព្រមរបស់ LACDMH សំរាប់សេវាកម្ម

របាយការណ៍សុខភាពផ្លូវចិត្ត នៃស្រុក Los Angeles ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់សេវាកម្មនានា

សំណួរដែលបានសួរជាញឹកញាប់

សេវាកម្មថែទាំសុខភាពសន្តិសុខវិទ្យុស្តីពី សេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទ ការផ្ញើសារអក្សរសុវត្ថិភាព និងអ៊ីម៉ែលសុវត្ថិភាព

តើសេវាកម្មថែទាំសុខភាពសន្តិសុខវិទ្យុស្តីពី

ឬសេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទមានភាពខុសប្លែកគ្នាពីការជួបផ្ទាល់ជាមួយបុគ្គលិកនៅក្នុងវគ្គ ព្យាបាលយ៉ាងដូចម្តេច?

ក្រៅពីការដែលអតិថិជន និងអ្នកព្យាបាល LACDMH មិនស្ថិតក្នុងតំបន់ជាក់លាក់ជាមួយគ្នា នៅមានចំណុចខុសប្លែកគ្នាបន្តិចបន្តួចទៅតាមផ្នែក។ អ្នកព្យាបាលអាចផ្តល់សេវាកម្មឯកទេសផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្ត (SMHS) ដែលសមស្រប រួមមានកំណត់ត្រាទុកជាឯកសារនូវព័ត៌មាន និងសេវាកម្មដែលបានផ្តល់ជូន និងធានាថាការធ្វើឯកសារគឺមានបញ្ចូលក្នុងកំណត់ត្រាគ្លីនិករបស់អតិថិជនសម្រាប់ជាឯកសារយោងនៅថ្ងៃខាងមុខ។

តើសេវាកម្មថែទាំសុខភាពសន្តិសុខវិទ្យុស្តីពី ខុសគ្នាពីសេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទយ៉ាងដូចម្តេច?

សេវាកម្មថែទាំសុខភាពសន្តិសុខវិទ្យុស្តីពី ជាការរួមបញ្ចូលគ្នានៃការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយនៃការជួបតាមរយៈវីដេអូ ដែលមានសំឡេង ដូច្នេះអ្នកព្យាបាល និងអតិថិជនអាចមើលគ្នាឃើញ និងទាក់ទងគ្នាដោយប្រយោលបាន បើទោះបីជាពួកគេស្ថិតក្នុងទីតាំងផ្សេងគ្នាក៏ដោយ។ ចំពោះសេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទវិញជាការរួមបញ្ចូលគ្នានៃមធ្យោបាយទាក់ទងតាមរយៈការហៅទូរស័ព្ទដូច្នេះអ្នកព្យាបាល និងអតិថិជនអាចទាក់ទងជាមួយគ្នាបាន តែមិនអាចមើលឃើញគ្នាបានទេ។ ទាំងសេវាកម្មថែទាំសុខភាពសន្តិសុខវិទ្យុស្តីពី និងសេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទ អ្នកព្យាបាលអាចរៀបរាប់ពីសេវាកម្ម SMHS ទៅកាន់អតិថិជន ក៏ដូចជាផ្តល់ជូនឯកសារដែលនឹងមានរាប់បញ្ចូលកំណត់ត្រាគ្លីនិករបស់អតិថិជនសម្រាប់ជាឯកសារយោងនៅថ្ងៃខាងមុខ។

តើប្រសិនបើអ្នកប្រើប្រាស់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពសន្តិសុខវិទ្យុស្តីពី ឬសេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទ តើមានការខុសប្លែកគ្នាពីការប្រើប្រាស់សេវាកម្មធម្មតាដែរឬទេ?

ប្រសិនបើអ្នកប្រើប្រាស់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពសន្តិសុខវិទ្យុស្តីពី ឬសេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទ មានការខុសប្លែកគ្នាពីការប្រើប្រាស់សេវាកម្មធម្មតា។ ប្រសិនបើអ្នកប្រើប្រាស់មធ្យោបាយទាំងនេះនៅពេលផ្តល់សេវាកម្ម និងផ្តល់ជូនតែសេវាកម្មជួបដោយផ្ទាល់តែប៉ុណ្ណោះ។ បន្ថែមពីលើនេះ ការប្រើប្រាស់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពសន្តិសុខវិទ្យុស្តីពី និង/ឬសេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទ នឹងមិនប៉ះពាល់ដល់លទ្ធភាពនៃការទទួលបានការផ្តល់សេវាកម្ម SMHS ឡើយ។ ការហៅទូរស័ព្ទនឹងនៅតែបន្តជាមធ្យោបាយសម្រាប់គោលបំណងទំនាក់ទំនងផងដែរ។

តើអ៊ីម៉ែលសុវត្ថិភាព?

អ៊ីម៉ែលសុវត្ថិភាព អាចឱ្យអតិថិជនទាក់ទងជាមួយបុគ្គលិក LACDMH ដោយភាពងាយស្រួល និងប្រកបដោយសុវត្ថិភាព ដូច្នេះព័ត៌មានឯកជនរបស់អតិថិជនអាចធានាថាមាន សុវត្ថិភាព។ ដើម្បីការពារ ព័ត៌មានអំពីសុខភាពដែលបាន ការពារ (PHI) អ៊ីម៉ែលសុវត្ថិភាព ត្រូវបានកាត់ការដាក់អ៊ិនគ្រីប (ការបំប្លែងក្នុងសម្ងាត់) ដែលជាដំណើរការដែលធ្វើឱ្យអ្នកផ្សេងមិនអាចបើកអានសារនេះបានក្រៅពីអ្នកទទួលដោយផ្ទាល់។

ចំពោះសារណាដែលមានព័ត៌មានអំពីសុខភាពដែលបានការពារ (PHI) របស់អតិថិជន ដែលត្រូវផ្ញើចេញជាប្រភេទអ៊ីម៉ែលត្រូវតែធានាសុវត្ថិភាព។ យោងតាមច្បាប់ស្តីពីការទទួល ខុសត្រូវ និងសេវាធានារ៉ាប់រងសុខភាពចល័ត (HIPAA) បញ្ញត្តិស្តីពីឯកជនភាព និងសន្តិសុខសារអេឡិកត្រូនិកត្រូវបានគម្របដណ្តប់ដោយការធានាបាននូវឯកជនភាព និងការសម្ងាត់របស់ អតិថិជន។

តើមានការខុសប្លែកគ្នាពីការប្រើប្រាស់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពសន្តិសុខវិទ្យុស្តីពី ឬសេវាថែទាំតាមទូរស័ព្ទ ដែរឬទេ?

នៅពេលដែលអ៊ីម៉ែលដែលមានសុវត្ថិភាពត្រូវបានផ្ញើចេញ អ្នកទទួលនឹងឃើញឯកសារមួយចំនួនដូចខាងក្រោម៖

1. សារជូនដំណឹងតាម អ៊ីម៉ែល : សារជូនដំណឹង បង្ហាញថា នាយកដ្ឋានបានផ្ញើសារអ៊ិនគ្រីប ដែលមានសុវត្ថិភាព ក្នុងទម្រង់នៃស្រោមសំបុត្រ ចុះឈ្មោះ និងមាតិកាដែលបានអ៊ិនគ្រីប។ សារជូនដំណឹងនេះក៏មានបញ្ចូលនូវព័ត៌មានអំពីស្រោមសំបុត្រដែលមានត្រានេះ និងសេវាចុះឈ្មោះស្រោមសំបុត្រ Cisco ។
2. ឯកសារភ្ជាប់សារដែលបានអ៊ិនគ្រីប: ឯកសារភ្ជាប់នេះត្រូវភ្ជាប់ជាមួយនឹងឈ្មោះថា "securedoc.html." ឯកសារភ្ជាប់នេះមាន ទាំងស្រោមសំបុត្រដែលមានត្រាបញ្ជាក់ និងមាតិកាដែលបានការពារ។ ដើម្បីបើកស្រោមសំបុត្រដែលមានត្រាច្បាស់លាស់នេះ ឯកសារភ្ជាប់នឹងត្រូវរក្សាទុកក្នុងថាសរក្សាឯកសារ។ ការបើកឯកសារភ្ជាប់នេះ នឹងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួល អាចចុះឈ្មោះដោយខ្លួនឯង បង្កើតកណ្តនីមួយ អានអ៊ីម៉ែលដែលមានការការពារដោយកូដសម្ងាត់ និងឆ្លើយតបសារបានក្នុងទម្រង់ដែលមានការការពារដោយកូដសម្ងាត់ និងមានសុវត្ថិភាព។ សម្រាប់ការណែនាំអំពីឯកសារមួយនេះ សូមចូលទៅកាន់ គេហទំព័រ៖

http://file.lacounty.gov/dmh/cms1_180460.pdf ។

នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត នៃស្រុក Los Angeles ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់សេវាកម្មនានា

តើយើង ក្រុមគ្រួសារ ឬ មិត្តភក្តិ អាចជួយ បុគ្គល មិនស្មើគ្នា បានដែរឬទេ?

បុគ្គលណាមានអាយុចាប់ពី 18 ឆ្នាំឡើងទៅ ដែល "មានសមត្ថភាព" គ្រប់គ្រាន់ដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាព "សមត្ថភាព" នៅទីនេះមានន័យថាជាមនុស្សដែលយល់អំពីបុគ្គល និងហេតុផលនៃការថែទាំសុខភាពដែលបានដាក់ស្នើសុំ ដែលរាប់បញ្ចូលទាំងការយល់ដឹងអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងហានិភ័យនានាផងដែរ។

តើយើង ក្រុមគ្រួសារ ឬ មិត្តភក្តិ អាចជួយ បុគ្គល មិនស្មើគ្នា បានដែរឬទេ?

ការណែនាំអំពីការថែទាំសុខភាពជាមុនចូលជាធរមាន គឺនៅពេលដែលត្រូវពេទ្យបឋមរបស់បុគ្គលនោះសម្រេចថាគាត់មិនមាន "សមត្ថភាព" ក្នុងការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្លួនដោយផ្ទាល់បាន។ មានន័យថា បុគ្គលម្នាក់នោះមិនទាន់យល់អំពីបុគ្គល ហេតុផលនៃការថែទាំសុខភាពដែលបានដាក់ជូននៅឡើយទេ។ ការពិតដែលថាបុគ្គលម្នាក់ដែលបានទទួលឱ្យចូលក្នុងទីតាំងព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្ត មិនមែនមានសេចក្តីថាគាត់ខ្វះ "សមត្ថភាព" នោះទេ។

តើយើង ក្រុមគ្រួសារ ឬ មិត្តភក្តិ អាចជួយ បុគ្គល មិនស្មើគ្នា បានដែរឬទេ?

ក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ការណែនាំអំពីសុខភាពជាមុនគឺមិនមានកំណត់នោះទេ។ អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរចិត្តពេលណាក៏បាន ដរាបណាអ្នកមាន "សមត្ថភាព" ធ្វើការសម្រេចចិត្ត។ គឺជាកំណត់ត្រាដ៏ល្អមួយដើម្បីពិនិត្យឡើងវិញអំពីការណែនាំពីសុខភាពជាមុនរបស់អ្នករៀងរាល់ឆ្នាំ ដើម្បីធានាថាបំណងប្រថាប់របស់អ្នកត្រូវបានបង្ហាញក្នុងនោះដែរ។

តើយើង ក្រុមគ្រួសារ ឬ មិត្តភក្តិ អាចជួយ បុគ្គល មិនស្មើគ្នា បានដែរឬទេ?

ទេ។ ការណែនាំនេះគ្រាន់តែជាមធ្យោបាយមួយដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យសេចក្តីប្រាថ្នារបស់អ្នកអាចចំណាំបានជាលាយ លក្ខណ៍អក្សរ នៅពេលដែលអ្នកអាចមានលទ្ធភាពធ្វើបាន។ ការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នកគឺមានសារៈសំខាន់ណាស់។

តើយើង ក្រុមគ្រួសារ ឬ មិត្តភក្តិ អាចជួយ បុគ្គល មិនស្មើគ្នា បានដែរឬទេ?

- តាមរយៈមេធាវីរបស់អ្នក
- ស្ថាប័នគាំទ្រ និងការពារ (Protection and Advocacy, Inc.)

តើយើង ក្រុមគ្រួសារ ឬ មិត្តភក្តិ អាចជួយ បុគ្គល មិនស្មើគ្នា បានដែរឬទេ?

- តាមរយៈមេធាវីរបស់អ្នក
- ហាងលក់សម្ភារការិយាល័យ
- នៅលើប្រព័ន្ធអ៊ីនធឺណិត

តើយើង ក្រុមគ្រួសារ ឬ មិត្តភក្តិ អាចជួយ បុគ្គល មិនស្មើគ្នា បានដែរឬទេ?

- អ្នក (ការណែនាំអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកក្នុងតែរក្សាទុកឱ្យមានសុវត្ថភាព តែងាយស្រួលយកនៅពេលត្រូវការ)
- ទីភ្នាក់ងាររបស់អ្នក
(បុគ្គលដែលទទួលបានសិទ្ធិក្នុងការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពជំនួសអ្នកប្រសិនបើអ្នកមិនអាចសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងបាន)
- រាល់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
- រាល់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់អ្នក

មានសារៈសំខាន់ណាស់ដែលអ្នកតាមដាននរណាដែលមានច្បាប់ចម្លងនៃការណែនាំអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ក្នុងករណីដែលអ្នកត្រូវធ្វើការផ្លាស់ប្តូរគ្រង់ចំណុចមួយចំនួននៅលើឯកសារនេះ។

តើយើង ក្រុមគ្រួសារ ឬ មិត្តភក្តិ អាចជួយ បុគ្គល មិនស្មើគ្នា បានដែរឬទេ?

បណ្តឹងដែលទាក់ទងការដែលមិនព្រមអនុវត្តតាមការណែនាំអំពីសុខភាពជាមុននេះ អាចធ្វើទៅបាននៅនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (DHS) ដែលមានអង្គភាព និងការទទួលស្គាល់ ដោយទូរស័ព្ទទៅ 1-800-236-9747 ឬតាមរយៈប្រអប់សំបុត្រលេខ P.O. Box 997413, Sacramento, California 95899-7413 ។