

КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ О
ПАЦИЕНТЕ: См. Кодекс
законов об учреждениях
и услугах социального
обеспечения штата
Калифорния раздел 5328

Медико-реабилитационная служба по охране
поведенческого здоровья в округе San Mateo



**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ
И СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ**

Я по собственной воле подаю заявление от своего имени или от имени своего несовершеннолетнего ребенка с целью получения ухода и лечения в учреждении Медико-реабилитационной службы по охране поведенческого здоровья в округе San Mateo (Behavioral Health and Recovery Services, BHRS).

Я понимаю, что уход и лечение могут включать в себя проведение освидетельствования, услуги в области психического здоровья, ведение моего дела и, в некоторых случаях, медикаментозное лечение. Если мне или моему ребенку были прописаны лекарства, мой психиатр или психиатр моего ребенка может предоставить информацию о прописанных медикаментах другим врачам, а также может получить от них подобные сведения.

Если данное заявление будет принято, BHRS имеет право на проведение курса лечения/предоставление услуг, описанных выше. Данное согласие, однако, не лишает меня моих гражданских прав; я сохраняю за собой право отказаться от лечения, несмотря на рекомендации врачей.

Я также понимаю, что у меня есть право продолжать получать объяснение курса лечения, и что я могу обращаться с жалобами об услугах в Отдел по защите прав потребителей по телефону 800-388-5189. Я также понимаю, что мои медицинские документы являются конфиденциальной информацией в согласии с государственными законами и законами штата, и не будут выданы третьим лицам или агентствам без моего письменного согласия. Однако я осознаю, что определенная информация может быть выдана без моего согласия при обстоятельствах, описанных в Уведомлении о соблюдении конфиденциальности BHRS.

Я прочитал (-а) все вышеописанное и согласен (-на) с курсом лечения для меня/моего ребенка. Кроме того, я согласен (-на) со всеми условиями, изложенными в настоящем документе. Я подтверждаю, что я получил (-а) копию настоящего соглашения.

Подпись клиента/родителя или опекуна Дата

_____ Дата
Подпись врача

Клиент отказался или не в состоянии поставить подпись, но согласился устно на получение помощи в Службе охраны поведенческого здоровья указанным ниже числом.

_____ Дата
Причина, по которой клиент отказался или не в состоянии поставить подпись

Подтверждение получения Уведомления о соблюдении конфиденциальности

Я подтверждаю, что я получил (-а) копию УВЕДОМЛЕНИЯ О СОБЛЮДЕНИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ Медико-реабилитационной службы по охране поведенческого здоровья в округе San Mateo.

_____ Дата
Подпись клиента/родителя или опекуна

УВЕДОМЛЕНИЕ О СОБЛЮДЕНИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ было предложено клиенту, но клиент отказался его принять.

_____ Дата
Подпись врача

УВЕДОМЛЕНИЕ О СОБЛЮДЕНИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ не было предложено клиенту по следующим причинам:

_____ Дата
Подпись врача

Original to chart; Copy to Client

ATTACHMENT B-BHRS 03-02 REVISED 12-09

Saved: QI-Policies \03-02 attach B rev. 12-09. and 96-15 Attach A Rev. 12-09