



**CHẤP THUẬN Chương Trình Sức Khỏe Tâm Thần/Điều Trị
về Ma Túy và Chất Cồn của Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi
Cộng Đồng**

Tên Khách Hàng

Tôi chấp thuận các dịch vụ điều trị do Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi Cộng Đồng (CBHS) San Francisco cung cấp tại _____.

Tôi hiểu rằng tôi sẽ được nhà cung cấp của tôi (người phụ thuộc của tôi) giải thích về mọi hình thức điều trị được đề xuất, bao gồm các rủi ro, lợi ích và những phương án thay thế hợp lý. Tôi hiểu rằng tôi sẽ có cơ hội đặt câu hỏi và được giải đáp các câu hỏi của mình.

Tôi hiểu rằng các chương trình của CBHS đem lại các trải nghiệm lâm sàng cho nhiều thực tập sinh khác nhau về sức khỏe hành vi. Tôi hiểu rằng những người này có thể điều trị cho tôi (người phụ thuộc của tôi) dưới sự chỉ dẫn của nhân viên lâm sàng giám sát.

Tôi hiểu rằng thông tin sức khỏe của tôi có thể được chia sẻ cho các nhà cung cấp/tổ chức chăm sóc sức khỏe qua mạng bảo mật, vì mục đích tiến hành điều trị, điều phối hoạt động chăm sóc và cải thiện chất lượng.

Thông tin sức khỏe hành vi có thể bao gồm, nhưng không giới hạn ở: các thành viên trong nhóm chăm sóc, thuốc, tình trạng dị ứng, kết quả xét nghiệm hiện tại và trước đây, thông tin chích ngừa, dấu hiệu sinh tồn và ngày tương tác với nhân viên y tế. Thông tin này không bao gồm thông tin Điều Trị Rối Loạn Sử Dụng Chất Kích Thích (SUD) được đề cập trong Điều 42 CFR Phần 2. Tôi hiểu rằng tôi có thể ngừng tham gia bất cứ lúc nào.

Ngoài những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cho phép nêu trên, tôi hiểu rằng hồ sơ điều trị của tôi (người phụ thuộc của tôi) được bảo mật và chỉ được tiết lộ như được nêu trong Tóm Tắt Thông Báo về Quyền Riêng Tư của DPH.

Tôi hiểu rằng, theo yêu cầu của luật pháp tiểu bang và/hoặc liên bang, nhà cung cấp của CBHS bắt buộc phải báo cáo cho các nhà chức trách thích hợp khi (1) nhà cung cấp của tôi cho rằng tôi (người phụ thuộc của tôi) có thể tự gây tổn thương cho mình hoặc người khác, hoặc (2) nhà cung cấp của tôi nghi ngờ có hành vi lạm dụng trẻ em, người lớn phụ thuộc hoặc người cao niên. Tôi đã đọc bản chấp thuận này, đã nhận được một bản và chấp nhận các điều kiện trong đó. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể rút

lại sự chấp thuận của mình và dừng nhận dịch vụ từ chương trình này vào bất cứ lúc nào.

Chữ Ký hoặc Chữ Ký hay Đánh Dấu: _____

khách hàng/phụ huynh/người giám hộ/người đại diện khác theo pháp luật

Ngày: _____

Giờ: _____ **SA/CH**

Nếu bản này do người không phải là khách hàng ký tên, vui lòng nêu rõ mối quan hệ pháp lý của quý vị với khách hàng:

Nếu trẻ vị thành niên 1) được giải phóng quyền và nghĩa vụ với phụ huynh, hoặc 2) 12 tuổi trở lên và đủ tiêu chuẩn nhận các dịch vụ theo điều 6924 và/hoặc 6929 của Bộ Luật Gia Đình, trẻ này có thể tự mình chấp thuận các dịch vụ và ký tên trên biểu mẫu này.

Nếu khách hàng là người lớn và không thể tự ký tên mình đầy đủ nhưng không có người đại diện theo pháp luật, việc người này đánh dấu phải có sự chứng kiến của hai người khác.

Người Chứng Kiến 1: _____

Chữ Ký

_____ **Viết In Hoa Tên & Danh Xưng**

Người Chứng Kiến 2: _____

Chữ Ký

_____ **Viết In Hoa Tên & Danh Xưng**