

# موافقة لتلقي الخدمات العلاجية

## Consent for Treatment Services

تاريخ الولادة:

اسم الشخص:

يقدم قسم الصحة السلوكية (Behavioral Health Division: BHD) لمقاطعة مولتنومة (Multnomah) الخدمات في مجالات الصحة العقلية، والتي قد تتضمن ما يلي: التقييم؛ فحص مستوى تحديد الحاجة؛ الملاحظة؛ التشاور؛ التداخل البيئي؛ المعالجة أو تنسيق الرعاية المركزة على الفرد أو المجموعة أو الأسرة؛ اجتماعات الفرقاء للأطفال والأسر؛ خدمات الأزمة؛ و/أو المعلومات والإحالات لخدمات الصحة العقلية، أو فقط للفحوص والإحالة. بإمكان الخدمات أن تُقدم شخصيًا، أو عبر الهاتف، أو التطبيق عن بعد.

المخاطر والمنافع

يتمثل هدف علاج الصحة العقلية في تقليل أعراض الصحة العقلية المستهدفة. هنالك بعض المخاطر المرتبطة بالعلاج: قد تتفاقم الأعراض قبل أن تتحسن أو قد تستمر إلى ما بعد الانتهاء من المعالجة. وقد تظهر أعراض جديدة أثناء عملية العلاج. يمكن أن يؤدي التقدم المرتبط بأعراض أو مشاكل الصحة العقلية إلى تغييرات قد تؤدي إلى تعطيل أنماط الحياة أو العلاقات الشخصية. يمكن أن يكون للأدوية النفسية، إن وُصفت، آثار جانبية قد تحتاج إلى مراقبة أو إدارة.

كما أن هنالك منافع للعلاج:

غالبًا ما يتعلم الأفراد المشاركون في علاج الصحة العقلية مهارات للمساعدة في التعامل مع المشاعر الصعبة، وتغيير أنماط التفكير المدمرة، وتحسين التواصل بين الأشخاص والتأثير بشكل إيجابي على السلوك العام والعافية الشخصية.

إقرار وموافقة العميل

أشهد بأنّي تلقيت المعلومات المكتوبة التالية وأنها شُرحت لي.

إذا لم تتاح لك الفرصة لمراجعة هذه الوثائق أو إذا كنت بحاجة لتلقيها إليك بلغة مختلفة، يُرجى الاتصال بطبيبك أو موظف في شعبة الصحة السلوكية.

- وصف لحقوقي أنا و/أو طفلي كعميل لـ BHD التابعة لمقاطعة مولتنومة.
- إشعار بممارسات الخصوصية (Notice of Privacy Practices: NOPP). يصف إشعار NOPP ممارسات الخصوصية والسرية للإدارة الصحية لمقاطعة مولتنومة وتلك التابعة لـ BHD.
- كتيّب واستمارة BHD للشكوى (التظلم). كما إنني أفهم أنه إذا كنت غير راض عن الخدمات، قد أبشر بتقديم شكوى/تظلم شفهيًا أو خطيًا مع أي عضو في فريق العمل، أو عبر خدماتي، حيث قد أقدم شكوى/تظلم شفهيًا أو خطيًا مع أي عضو في فريق العمل أو من خلال ممثلي.
- فقط للعملاء البالغ سنهم 18 سنة فما فوق: لقد تلقيت معلومات حول كيفية إكمال إعلان علاج الصحة العقلية.
- فقط للعملاء البالغ سنهم 17 سنة فما فوق: لقد تلقيت معلومات حول تسجيل الناخبين.
- للأباء أو الأوصياء القانونيين: لقد بلغت وأوافق على أن ينسق موظفو الـ BHD في مقاطعة مولتنومة مع الفرد مباشرة شخصيًا، أو هاتفياً أو البريد الإلكتروني، أو الفيديو.

معلومات حول تغطية التأمين

يتطلب القانون الفيدرالي أنه إذا كانت خدمات الصحة العقلية لديك أو لدى طفلك مغطاة من قبل خطة أوريغون الصحية (Oregon Health Plan)، ستُبدل كافة المساعي المعقولة للضمان بأن شعبة برامج الإعانة الطبية (Division of Medical Assistance Programs: DMAP) في ولاية أوريغون هي المنفذ الأخير للدفع. إذا كنت أنت أو طفلك مشمولين تحت شركة تأمين تجارية أو أي مورد آخر للدفع، قد يُطلب منك التوقيع على تحويل لإرسال الفواتير لهذه الخدمات. لن تمنعك قدرتك على الدفع من تلقي الخدمات.

الرسوم التقديرية

يسري مفعول المبلغ التقديري للتسوية بحسن نية لحين انتهاء الخدمات. بغض النظر عن حالة التأمين أو النوع أو التغطية، فإن سياسة قسم الصحة السلوكية في مقاطعة مولتنومه هي عدم مطالبتك بالدفع أبدًا مقابل الخدمات.

التشخيص الأولي / الثانوي: غير معروف في وقت الجدولة سيتم تحديد التشخيص.

موافقة لتلقي الخدمات العلاجية  
Consent for Treatment Services



الخدمات: T1023, H2011, 99212, 90791, 90792, 90832, 90846, 90847, 90849, 90853, 90882, H0004, H0032, H0038, H2010, H2014, H2023, H2032, T1016

تدفع: 0.00 دولار

أقر بتقديم الخدمات على النحو الموصوف. أمانح موافقتي المستنيرة إراديا و طوعيا للخدمات من هذا التاريخ حتى نهاية العلاج. أفهم أنني قد ألغي هذا التفويض لأي من موظفي BHD كتابيًا أو شفهيًا في أي وقت. لقد قرأت وأفهم الرسوم التقديرية المدرجة أعلاه.

تاريخ ووقت التوقيع الإلكتروني	توقيع العميل(ة)/الوصي(ة) الإلكتروني
رقم الهاتف الخليوي للعميل(ة)/الوصي(ة)	البريد الإلكتروني للعميل(ة)/الوصي(ة)
تاريخ الإصدار للعضو في فريق العمل في BHD	البريد الإلكتروني للعضو في فريق العمل في BHD