حزمة استمارات الدخول (بالعربية) — iAMERICA WELLNESS

1 نموذج الموافقة على علاج قاصر

اسم القاصر: _____ تاريخ الميلاد: _____ اسم الوصي القانوني أو ولي الأمر
العلاقة بالقاصر: _____

بصفتي الوصي/ولي الأمر القانوني للمذكور أعلاه، أوافق طوعاً على تقديم خدمات الصحة السلوكية لهذا القاصر من خلال iAMERICA WELLNESS، والتي قد تشمل،

- التقييمات النفسية والتشخيص
- العلاج الفردي أو الجماعي أو العائلي
- الاستشارة الطبية أو النفسية
- خدمات الدعم أو تنمية المهارات
- التنسيق مع المدرسة أو المجتمع

أؤكد أن لدي السلطة القانونية الكاملة لتقديم هذه الموافقة (مع توفر الوثائق عند الطلب)

توقيع ولي الأمر/الوصي: _____ التاريخ: _____ توقيع القاصر (إذا كان عمره 14
سنة أو أكثر): _____ توقيع الموظف/الشاهد

2 نموذج الموافقة على خدمات مزدوجة (الصحة النفسية + تعاطي المواد)

اسم العميل: _____ تاريخ الميلاد: _____

أوافق على تلقي خدمات تتناول كل من الصحة النفسية وتعاطي المواد، والتي قد تشمل

- علاج الاضطرابات المتزامنة
- دعم التعافي أو منع الانتكاس
- خدمات دوائية أو نفسية
- إدارة الحالة أو دعم الأقران

أفهم أن:

- فريق سي تبادل المعلومات لتنسيق الرعاية
- (الجزء 2 CFR 42) معلومات الإدمان محمية بموجب القانون الفيدرالي
- يمكنني إلغاء هذا التفويض في أي وقت
- العلاج سيتم وفقاً لاحتياجاتي وأهدافي الفردية

أوافق على مشاركة المعلومات بين: المعالج مدير الحالة مدرب التعافي (أقران) الطبيب/الطبيب النفسي مستشار تعاطي المواد أخرى: _____

توقيع العميل: _____ التاريخ: _____ توقيع الموظف

3 تفويض ولي الأمر / الوصي القانوني

الاسم الكامل للعميل: _____ تاريخ الميلاد: _____ اسم الوصي

العلاقة بالعميل: _____

أقر أن لدي السلطة القانونية للموافقة على العلاج نيابةً عن الشخص المذكور أعلاه، وقد قمت بتقديم الوثائق القانونية اللازمة (أو (سأقوم بتقديمها عند الطلب).

لتقديم خدمات الصحة السلوكية، والتي قد تشمل iAMERICA WELLNESS أفض:

- التقييمات النفسية والتشخيص
- العلاج النفسي أو مزدوج التشخيص
- إدارة الأدوية أو الاستشارة الطبية
- تنمية المهارات، خدمات الدعم من الأقران، أو التنسيق مع الحالة
- التخطيط لحالات الطوارئ أو الأزمات بالتعاون مع جهات خارجية

وثائق الوصاية مرفقة / متاحة عند الطلب

توقيع الوصي: _____ التاريخ: _____ توقيع الموظف: _____ التاريخ

4 (ROI) تفويض بالكشف / الحصول على المعلومات الطبية

تاريخ الميلاد _____: اسم العميل: _____

أن: يكشف عن معلومات يحصل على معلومات يتبادل المعلومات مع iAMERICA WELLNESS أفوض

اسم المزود أو الوكالة: _____ الغرض من الكشف: تنسيق العلاج قانوني فوائد
طلب العميل أخرى: _____

CFR نوع المعلومات التي سيتم مشاركتها (حدد جميع ما ينطبق): سجلات الصحة النفسية علاج تعاطي المواد (42)
 الجزء 2 معلومات الأدوية التقييمات / الفحوصات التعليم أو العمل وثائق قانونية أو قضائية السجل الكامل
أخرى: _____

يسري من: _____ إلى: _____ أفهم أن بإمكانني سحب هذا التفويض كتابيًا في أي وقت

توقيع العميل/الوصي: _____ التاريخ: _____ توقيع الموظف/الشاهد

5 (HIPAA) إقرار باستلام إشعار ممارسات الخصوصية

تاريخ الميلاد _____: اسم العميل: _____

يوضح هذا iAMERICA WELLNESS. أقر بأنني تلقيت أو عُرض علي نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بـ
HIPAA. المستند كيف يمكن استخدام أو الكشف عن معلوماتي الصحية، ويصف حقوقي بموجب قانون

توقيع العميل / الوصي: _____ التاريخ: _____ توقيع الموظف

6 موافقة على خدمات التطبيب عن بُعد

تاريخ الميلاد _____: اسم العميل: _____

أوافق على تلقي الخدمات عبر التطبيب عن بُعد، بما في ذلك الهاتف أو الفيديو أو أدوات التواصل الآمنة الأخرى

أفهم أن:

- الجلسات ستُعقد بطريقة خاصة وأمنة قدر الإمكان
- التكنولوجيا قد لا تضمن السرية التامة، ولكن توجد تدابير حماية
- يمكنني سحب هذه الموافقة وطلب جلسات حضورية في أي وقت

- أقوم بضمان توفر مساحة خاصة وأمنة عند استلام الخدمة

توقيع العميل / الوصي: _____ التاريخ: _____ توقيع الموظف