

درخواست برای سفارش و اعلام رضایت - خدمات پیراپزشکی

نام بیمار
شماره شناسایی MEDI-CAL

به:

پزشک گرامی:

بیمار نامبرده برای خدمات پشتیبانی در منزل (IHSS) درخواست داده و اعلام کرده است که بمنظور ماندن در خانه، به برخی خدمات خاص پیراپزشکی نیاز دارد. از شما درخواست می‌شود تا در این فرم مشخص کنید چه خدمات خاصی مورد نیاز است و چه شرایط خاصی ارائه خدمات را ضروری می‌سازد.

خدمات پشتیبانی در منزل اجازه دارد، در صورتی که شما خدمات پیراپزشکی را برای این بیمار سفارش دهید، هزینه آنها را پوشش دهد. ذیل اهداف این برنامه، خدمات پیراپزشکی خدماتی هستند که به‌علت شرایط جسمی یا ذهنی بیمار، برای حفظ سلامت دریافت‌کننده ضروری‌اند و دریافت‌کننده چنانچه دچار نقصان کارایی نبود می‌توانست خودش آنها را انجام دهد. خدمات یادشده توسط ارائه‌کنندگان خدمات پشتیبانی در منزل ارائه خواهند شد. این ارائه‌کنندگان دارای مجوز فعالیت در مشاغل مراقبت سلامت نیستند و به‌ندرت در مشاغل خدمات مراقبت سلامت آموزش خواهند دید. در صورتی که این خدمات را سفارش دهید، شما مسئول راهنمایی ارائه این خدمات پیراپزشکی خواهید بود.

در صورتی که همه شرایط دیگر Medi-Cal که در اینجا موضوعیت دارند، برآورده شوند، هزینه معاینه این بیمار توسط شما، به‌عنوان معاینه در مطب، از طریق Medi-Cal، قابل پرداخت است.

چنانچه سؤالی دارید، لطفاً با من تماس بگیرید.

تاریخ	شماره تلفن	عنوان	امضا
-------	------------	-------	------

برای تکمیل توسط متخصص دارای مجوز

تلفن اداره	نام متخصص دارای مجوز
------------	----------------------

نشانی اداره (چنانچه در بالا اشاره نشده است)

نوع فعالیت

نوع فعالیت

دندانپزشک
 متخصص پا
 پزشک / جراح

ادامه در پشت صفحه

عودت دهید (دپارتمان رفاه شهرستان):

آیا بیمار شرایط درمانی دارد که منجر به نیاز به خدمات پیراپزشکی IHSS شود؟
در صورت **بله**، شرایط را در زیر فهرست کنید:

بله خیر

خدمات پیراپزشکی که از نظر قضاوت حرفه‌ای شما مورد نیازند، و باید توسط IHSS ارائه شوند را فهرست کنید.

تا چه مدت این خدمات باید ارائه شوند؟	بسامد*		زمان مورد نیاز برای انجام خدمات در هر بار	نوع خدمات
	تعداد دفعات	زمان هر بار		

*تعداد دفعاتی که یک نوع از خدمات باید برای یک دوره زمانی مشخص ارائه شود را مشخص کنید: (مثال: دوبار در روز، و غیره)

نظرات تکمیلی:

در صورتی که در صفحه دیگری ادامه دارد
اینجا علامت بزنید

گواهی

من گواهی می‌کنم که دارای مجوز فعالیت با عنوان مشخص شده در بالا در ایالت کالیفرنیا هستم، و این سفارش در چارچوب فعالیت من قرار دارد. به نظر من خدماتی که توصیه کرده‌ام برای حفظ سلامت دریافت‌کننده ضروری‌اند، و دریافت‌کننده در صورتی که از نظر کارایی آسیب ندیده بود، می‌توانست آنها را به‌شخصه برای خودش انجام دهد.

در خصوص ارائه خدماتی که سفارش داده شده است، اینجانب از نقطه نظر خودم، راهنمایی‌های لازم را هر جا که لازم باشد ارائه خواهم کرد.

من دریافت‌کننده را از خطرات مرتبط با خدمات سفارش شده که توسط ارائه‌کننده IHSS انجام خواهد شد مطلع کرده‌ام.

امضا

تاریخ

رضایت آگاهانه بیمار

به من در خصوص خطرات مرتبط با ارائه خدمات فهرست شده در بالا اطلاع داده شده است و من رضایت خود را در مورد ارائه این خدمات توسط ارائه‌کننده‌ای که خدمات پشتیبانی در منزل من را برعهده دارد، اعلام می‌دارم.

امضا

تاریخ