

ՊԱՏՎԵՐԻ ԵՎ ՀԱՄԱԶԱՅՆՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ ՀԱՐՑՈՒՄ - ՊԱՐԱՄԵՂԻԿ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ՀԻՎԱՆՂԻ ԱՆՈՒՆԸ.

MEDI-CAL-Ի ՆՈՒՑՆԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ՀԱՄԱՐԸ.

ՈՒՄ.

┌

└

└

┌

Հարգելի բժիշկ.

Այս հիվանդը դիմել է Տնային աջակցության ծառայությունների (In-Home Supportive Services-IHSS) և նշել, որ իրեն անհրաժեշտ են որոշակի պարամեդիկ ծառայություններ, որպեսզի կարողանա մնալ տանը: Այս ձևաթուղթը ձեզ խնդրում է նշել, թե ինչ ծառայություններ են անհրաժեշտ և կոնկրետ ինչ պայմաններ են պահանջում այդ ծառայությունները:

Սույն ծրագրի նպատակների համար պարամեդիկ ծառայություններն այնպիսի գործունեություն են, որոնք, ելնելով ստացողի ֆիզիկական կամ հոգեկան վիճակից, անհրաժեշտ են նրա առողջությունը պահպանելու համար, և որոնք ստացողը կկարողանա ինքնուրույն կատարել, եթե նա ֆունկցիոնալ խանգարումներ չունենա: Այս ծառայությունները կտրամադրվեն Տնային աջակցության ծառայությունների խնամակալների կողմից, ովքեր չունեն բժշկությամբ զբաղվելու լիցենզիա և հազվադեպ են վերապատրաստվում առողջապահական խնամքի ոլորտում: Եթե դուք պատվիրում եք ծառայություններ, դուք պատասխանատու կլինեք պարամեդիկ ծառայությունների մատուցման ուղղորդման համար:

Այս հիվանդի ձեր հետազոտությունը փոխհատուցվում է Medi-Cal-ի միջոցով՝ որպես գրասենյակ այցելություն՝ պայմանով, որ Medi-Cal-ի մյուս կիրառելի պահանջները բավարարվեն:

Եթե ունեք հարցեր, խնդրում եմ կապվեք ինձ հետ:

| | | | |
|--------------|--------|---------------|---------|
| ՍՏՈՐԱԳՐՎԵԼ Է | ԿՈՉՈՒՄ | ՇԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐ | ԱՄՍԱԹԻՎ |
|--------------|--------|---------------|---------|

ՊԵՏՔ Է ԼՐԱՑՎԻ ԼԻՑԵՆԶԱՎՈՐՎԱԾ ՄԱՍՆԱԳԵՏԻ ԿՈՂՄԻՑ

| | |
|--------------------------------|-----------------------|
| ԼԻՑԵՆԶԱՎՈՐՎԱԾ ՄԱՍՆԱԳԵՏԻ ԱՆՈՒՆԸ | ԳՐԱՍԵՆՑԱԿԱՆ ՇԵՌԱԽՈՍԱԸ |
|--------------------------------|-----------------------|

ԳՐԱՍԵՆՑԱԿԻ ՀԱՍՑԵՆ (ԵԹԵ ՎԵՐԵՎՈՒՄ ՆՇՎԱԾ ՉԷ)

ՊՐԱԿՏԻԿԱՅԻ ՏԵՄԱԿԸ

ՊՐԱԿՏԻԿԱՅԻ ՏԵՄԱԿԸ բժիշկ/վիրաբույժ պոդոլոգ ատամնաբույժ

ՇԱՐՈՒՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԵՏԵՎԻ ՄԱՍՈՒՄ

ՎԵՐԱՂԱՐՁՆԵԼ. (ՄԱՐԶԻ ՎԵԼՏԵՐԻ ՎԱՐՉՈՒԹՅՈՒՆ)

┌

└

└

┌

Արդյո՞ք հիվանդը ունի այնպիսի առողջական վիճակ, որը հանգեցնում է IHSS պարամեդիկական ծառայությունների կարիքի: Եթե «ԱՅՈ», ստորև նշեք վիճակը(ները).

ԱՅՈ ՈՉ

Թվարկեք պարամեդիկ ծառայությունները, որոնք անհրաժեշտ են և պետք է տրամադրվեն IHSS-ի կողմից ձեր մասնագիտական կարծիքով:

| ԾԱՌԱՅՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍԱԿԸ | ԺԱՄԱՆԱԿ, ՈՐԸ ՊԱՀԱՆՁ-ՎՈՒՄ Է ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆԸ ԱՄԵՆ ԱՆԳԱՄ ԿԱՏԱՐԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ | ՀԱՃԱԽԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ* | | ՈՐՔԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ ՊԵՏՔ Է ՏՐԱՄԱՂԿՎԻ ԱՅՍ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆԸ |
|--------------------|---|--------------------|------------------|--|
| | | ՔԱՆԻ ԱՆԳԱՄ | ԺԱՄԱՆԱԿԱՆ ՀԱՏՎԱԾ | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

* Նշեք, թե քանի անգամ պետք է ծառայությունը մատուցվի որոշակի ժամանակահատվածում. (Օրինակ՝ օրական երկու անգամ և այլն)

Լրացուցիչ մեկնաբանություններ.

Եթե ՇԱՐՈՒՆԱԿՎՈՒՄ Է ԱՅԼ ԹԵՐԹԻ ՎՐԱ: ՆՇԵՔ ԱՅՍՏԵՂ

ՀԱՎԱՍՏԱԳՐՈՒՄ

Ես հավաստում եմ, որ ես լիազորված եմ պրակտիկա իրականացնել Գալիֆորնիա նահանգում, ինչպես նշված է վերևում, և որ այս կարգը իմ պրակտիկայի շրջանակներում է: Իմ կարծիքով, իմ կողմից սահմանված ծառայությունները անհրաժեշտ են ստացողի առողջական վիճակը պահպանելու համար և կարող էին ինքնուրույն կատարվել ստացողի կողմից, եթե նա ֆունկցիոնալ հաշմանդամ չլիներ:

Ես կտամ այնպիսի ցուցումներ, որոնք, իմ կարծիքով, անհրաժեշտ են պատվիրված ծառայությունների մատուցման համար:

Ես խնամք ստացողին տեղեկացրել եմ իր IHSS խնամակալի կողմից պատվիրված ծառայությունների մատուցման հետ կապված ռիսկերի մասին:

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ

ԱՄՍԱԹԻՎ.

ՀԻՎԱՆԴԻ ՏԵՂԵԿԱՑՎԱԾ ԼԻՆԵԼՈՒ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ես տեղեկացվել եմ վերը թվարկված ծառայությունների մատուցման հետ կապված ռիսկերի մասին և համաձայն եմ, որ այդ ծառայությունները տրամադրվեն իմ Տնային աջակցության խնամակալի կողմից:

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ

ԱՄՍԱԹԻՎ.