

## 주문 및 동의에 대한 요청 - 준의료 서비스

환자 이름

MEDI-CAL 식별 번호

수신:

┌

┐

└

┘

의사:

이 환자는 가내 지원 서비스(IHSS)를 신청했으며 그/그녀가 집에 머물기 위해 특정 준의료 서비스가 필요하다고 언급했습니다. 이 양식에 어떤 특정 서비스가 필요한지, 어떤 특정 상태로 인해 이들 서비스가 필요한지 이 양식에 명시해 주실 것을 요청합니다.

이 환자를 위해 주문할 경우, 가내 지원 서비스(IHSS)는 당신의 준의료 서비스의 제공 자금을 대해 승인을 했습니다. 이 프로그램의 목적상 준의료 서비스는 수혜자의 신체적 또는 정신적 상태로 인해 수혜자의 건강을 유지하는데 필요하고 수혜자가 기능적 장애가 없는 경우 스스로 수행할 수 있을 활동입니다. 이러한 서비스는 의료 전문의로서 개업할 수 있는 면허가 없고 의료 서비스 제공에 대한 교육을 거의 받지 않게 될 가내 지원 서비스(IHSS) 제공자가 제공할 것입니다. 서비스를 주문하는 경우, 당신은 준의료 서비스 제공에 대한 지침을 내릴 책임을 갖게 될 것입니다?

이 환자에 대한 당신의 검사는 다른 모든 적용 가능한 Medi-Cal 요구 조건이 충족되는 경우, Medi-Cal을 통해 진료실 방문으로 환급받을 수 있습니다.

질문이 있으시면, 저에게 연락하십시오.

서명	직책	전화 번호	날짜
----	----	-------	----

### 면허가 있는 전문의 작성란

면허가 있는 전문의 이름

사무실 전화

사무실 주소 (위에 기재되어 있지 않은 경우)

개업 종류

개업 종류

 의사/외과의사 발병 전문의 치과의사

뒷면에 계속

반환할 곳: (카운티 복지부)

┌

┐

└

┘

환자에게 IHSS 준의료 서비스 필요의 결과를 초래한 질병이 있습니까? 예일 경우, 아래에 질병을 기재하십시오:

예  아니요

당신의 전문적 판단에 IHSS가 필요로하고 제공해야 하는 준의료서비스를 기재하십시오.

서비스 유형	서비스를 매번수행할 때마다 수행에 필요한 시간	빈도*		얼마나 오래 이 서비스를 제공해야 합니까?
		시간 #	기한	

\* 특정 기간 동안 서비스를 제공해야 하는 횟수를 나타냅니다: (예: 매일 2번, 등.)

추가 의견:

만일 다른 종이에 계속될 경우, 여기에 체크 표시를 하십시오.

### 인증

본인은 위에 명시된 대로 캘리포니아 주에서 개업할 수 있는 면허를 받았으며 이 주문이 본인의 개업 범위에 속한다는 것을 인증합니다. 본인의 판단에는, 본인이 주문한 서비스가 수혜자의 건강을 유지하는데 필요하며, 기능적으로 장애가 없는 경우 수혜자 스스로 수행할 수 있습니다.

본인의 판단에 따라, 본인이 주문한 서비스를 제공하는 데 필요한 지침을 제공할 것입니다.

본인은 수혜자에게 IHSS 제공자가 주문한 서비스를 제공하는 것과 관련된 위험 사항에 대해 수혜자에게 알려드렸습니다.

서명	날짜
----	----

### 환자의 정보에 입각한 동의

본인은 위에 기재된 서비스의 제공과 관련된 위험에 대한 조언을 받았으며, 가내지원서비스(IHSS) 제공자에 의한 이러한 서비스 제공에 동의했습니다.

서명	날짜
----	----