

ЗАПРОС НА НАЗНАЧЕНИЕ И СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ ПАРАМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

ИМЯ ПАЦИЕНТА

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ПРОГРАММЫ MEDI-CAL

кому:

┌

┐

└

┘

Уважаемый доктор!

Данный пациент подал заявление на получение услуг по Программе предоставления услуг на дому (In-Home Supportive Services - IHSS) и отметил, что ему/ей необходимы определенные парамедицинские услуги, чтобы он/она мог/могла оставаться в своем доме. Просим вас указать в данной форме, какие именно услуги необходимы и какое конкретное состояние обуславливает необходимость этих услуг.

Программа предоставления услуг на дому уполномочена финансировать предоставление парамедицинских услуг, если вы назначите их для этого пациента. Для целей данной программы парамедицинские услуги - это деятельность, которая в силу физического или психического состояния получателя необходима для поддержания его/ее здоровья и которую получатель мог бы выполнять самостоятельно, если бы не был функционально ограничен. Эти услуги будут предоставляться провайдером Программы предоставления услуг на дому, который не имеет лицензии на профессиональную деятельность в области здравоохранения и в редких случаях проходит обучение по предоставлению услуг в области здравоохранения. Если вы назначите услуги, вы будете нести ответственность за руководство процесса оказания парамедицинских услуг.

Осмотр вами данного пациента подлежит возмещению по программе Medi-Cal в качестве посещения офиса при условии соблюдения всех других применимых требований программы Medi-Cal.

Если у вас есть какие-либо вопросы, пожалуйста, свяжитесь со мной.

ПОДПИСАНО	ЗВАНИЕ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	ДАТА
-----------	--------	----------------	------

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЛИЦЕНЗИРОВАННЫМ СПЕЦИАЛИСТОМ

ИМЯ ЛИЦЕНЗИРОВАННОГО СПЕЦИАЛИСТА	СЛУЖЕБНЫЙ ТЕЛЕФОН
----------------------------------	-------------------

АДРЕС ОФИСА (ЕСЛИ НЕ УКАЗАН ВЫШЕ)

ВИД ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

ВИД
ПРАКТИЧЕСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Врач/хирург

Врач-ортопед

Стоматолог

ПРОДОЛЖЕНИЕ НА ОБРАТНОЙ СТОРОНЕ

ВЕРНУТЬ В: (ОКРУЖНОЕ УПРАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ)

┌

┐

└

┘

Есть ли у данного пациента медицинское состояние, которое обуславливает необходимость в парамедицинских услугах IHSS? Если "ДА", укажите это состояние(я) ниже:

ДА НЕТ

Перечислите парамедицинские услуги, которые по вашему профессиональному мнению необходимы и должны предоставляться со стороны IHSS.

ВИД УСЛУГ	ВРЕМЯ, НЕОБХОДИМОЕ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ УСЛУГИ КАЖДЫЙ РАЗ, КОГДА УСЛУГА ВЫПОЛНЯЕТСЯ	ЧАСТОТА*		КАК ДОЛГО ДОЛЖНА ПРЕДОСТАВЛЯТЬСЯ ЭТА УСЛУГА?
		КОЛИЧЕСТВО РАЗ	ПЕРИОД ВРЕМЕНИ	

* Укажите, сколько раз услуга должна предоставляться в течение определенного периода времени: (Пример: два раза в день и т.д.)

Дополнительные комментарии:

ЕСЛИ ПРОДОЛЖЕНИЕ НА ДРУГОМ ЛИСТЕ, ОТМЕТЬТЕ ЗДЕСЬ

ЗАСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ

Я подтверждаю, что имею лицензию на практику в штате Калифорния, как указано выше, и что данное назначение входит в сферу моей практики. По моему мнению, услуги, которые я назначил(а), необходимы для поддержания здоровья получателя и могли бы быть выполнены получателем самостоятельно, если бы он/она не были функционально ограничены.

Я обеспечу руководство, которое необходимо, по моему мнению, при оказании данных назначенных услуг.

Я проинформировал(а) получателя о рисках, связанных с предоставлением назначенных услуг со стороны провайдера IHSS.

подпись

ДАТА

ПРОИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Я был проинформирован(а) о рисках, связанных с предоставлением перечисленных выше услуг, и согласен(на) на предоставление этих услуг моим провайдером Программы предоставления услуг на дому.

подпись

ДАТА