

Phối Hợp với Các Bác Sĩ Chăm Sóc Chính và Các Dịch Vụ Về Sức Khỏe Hành Vi

Việc phối hợp chăm sóc giữa các nơi chăm sóc sức khỏe hành vi và chăm sóc sức khỏe là điều cần thiết để tối ưu hóa sức khỏe tổng quát của thân chủ. Dịch Vụ Về Sức Khỏe Hành Vi (BHS) quý trọng và mong muốn có sự phối hợp chăm sóc với các nơi chăm sóc sức khỏe, nối kết thân chủ với các nhà y tế, thu thập các thông tin của nơi chăm sóc chính (PCP) và ghi nhận tất cả mọi thông tin vào hồ sơ sức khỏe hành vi của thân chủ. Với sự cải tổ về chăm sóc sức khỏe, các nơi cung cấp dịch vụ BHS sẽ củng cố thêm những nỗ lực kết hợp bằng cách cải thiện sự phối hợp chăm sóc với các nơi chăm sóc chính. Việc yêu cầu thân chủ/người giám hộ cho phép trao đổi thông tin với các nơi chăm sóc chính là điều bắt buộc phải làm, và khi được phép, thì phải liên lạc với các nơi chăm sóc chính. **Các nơi chăm sóc của Quận sẽ dùng Mẫu Đơn Phối Hợp và/hoặc Giới Thiệu về Sức Khỏe Thân Thể & Hành Vi & Mẫu Đơn Cập Nhật**, đồng thời các nơi chăm sóc có hợp đồng có thể xin cố vấn pháp lý để xác định hình thức trao đổi những thông tin cần thiết.

Đòi hỏi này có hiệu lực ngay và ban nhân viên QI của Quận và/hoặc COTR sẽ thanh tra theo tiêu chuẩn này bắt đầu Năm Tài Khóa 13-14.

Đối với tất cả thân chủ:

Mẫu Đơn Phối Hợp và/hoặc Giới Thiệu về Sức Khỏe Thân Thể & Hành Vi:

- Xin đơn thỏa thuận của thân chủ/người giám hộ trên *Mẫu Đơn Phối Hợp và/hoặc Giới Thiệu về Sức Khỏe Thân Thể & Hành Vi*/ mẫu đơn có lý lịch của người ký hợp đồng lúc nhập viện, nhưng không được trễ hơn 30 ngày sau mở hồ sơ khám bệnh.
- Đối với những thân chủ không có một PCP, nơi chăm sóc sẽ nối kết họ với một nhà y tế. Người ký hợp đồng sẽ khởi đầu tiến trình bằng cách điền vào *Mẫu Đơn Phối Hợp và/hoặc Giới Thiệu về Sức Khỏe Thân Thể & Hành Vi* /mẫu đơn của người ký hợp đồng và gửi đơn đó cho PCP trong vòng 30 ngày sau khi mở hồ sơ khám bệnh. Điều thiết yếu là phải có tên họ rõ ràng của bác sĩ điều trị.
- Người dùng mẫu đơn phải đánh dấu vào ô thích hợp ở đầu *Mẫu Đơn Phối Hợp và/hoặc Giới Thiệu về Sức Khỏe Thân Thể & Hành Vi* /mẫu đơn của người ký hợp đồng và lưu ý xem đây là thư giới thiệu chăm sóc sức khỏe thân thể, thư giới thiệu chăm sóc sức khỏe thân thể và quản lý thuốc men, thư giới thiệu chăm sóc sức khỏe toàn diện, hay chỉ là thư thông báo về việc phối hợp chăm sóc. Nếu đây là thư giới thiệu chăm sóc sức khỏe thân thể, hoặc chăm sóc sức khỏe thân thể và quản lý thuốc men, hãy đánh máy tên chương trình của quý vị vào chỗ trống, và chọn loại chương trình thích hợp.

Mẫu Đơn Cập Nhật Việc Phối Hợp Chăm Sóc Sức Khỏe Thân Thể và Hành Vi:

- Cập nhật và gửi *Mẫu Đơn Cập Nhật Việc Phối Hợp Chăm Sóc Sức Khỏe Thân Thể và Hành Vi* /mẫu đơn của người ký hợp đồng nếu có những thay đổi đáng kể như thêm, thay đổi hoặc chấm dứt một loại thuốc.
- Thông báo với PCP khi thân chủ chấm dứt các dịch vụ bằng cách gửi *Mẫu Đơn Cập Nhật Việc Phối Hợp Chăm Sóc Sức Khỏe Thân Thể và Hành Vi* /mẫu đơn của người ký hợp đồng. Mẫu đơn này cần phải được điền trước khi hoàn tất bản tóm lược về sự chấm dứt.

Những Nhắc Nhở Để Theo Dõi:

- Người sử dụng mẫu đơn phải áp dụng một hệ thống để theo dõi ngày hết hạn cho phép tiết lộ/trao đổi thông tin.
- Người sử dụng mẫu đơn phải áp dụng một hệ thống để theo dõi và thực thi thư hủy bỏ việc cho phép tiết lộ/trao đổi thông tin.
- Người sử dụng mẫu đơn phải áp dụng một hệ thống để theo dõi và chấm dứt việc tiết lộ/trao đổi thông tin khi chấm dứt mối liên hệ qua cuộc điều trị. Khi chấm dứt điều trị nơi chăm sóc chỉ có thể thông báo về sự chấm dứt của cuộc điều trị, nhưng không được nói về lý do chấm dứt.



Mẫu Đơn Phối Hợp và/hoặc Giới Thiệu về Chăm Sóc Sức Khỏe Thân Thể & Hành Vi

- Giới thiệu để chăm sóc sức khỏe *thân thể* – [Program Name] sẽ tiếp tục cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi đặc biệt
 Sức Khỏe Tâm Thần Rượu Bia và Ma Túy
- Giới thiệu để chăm sóc sức khỏe *thân thể* & Quản Lý Thuốc Men – [Program Name] sẽ tiếp tục cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi đặc biệt có giới hạn
 Sức Khỏe Tâm Thần Rượu Bia và Ma Túy
- Giới thiệu để chăm sóc sức khỏe *toàn diện* – [Program Name] không còn cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi. Sẵn sàng để tham vấn về tâm thần.
- Chỉ để thông báo về việc phối hợp chăm sóc.

Phần A: THÔNG TIN VỀ THÂN CHỦ

Tên Họ của Thân Chủ: Họ Tên Tên Đệm Tắt	Cũng Có Tên Là	<input type="radio"/> Nam <input type="radio"/> Nữ
Địa Chỉ	Ngày Sinh	
Thành Phố	Điện Thoại #	
Số Zip	Số Điện Thoại Khác #	

Phần B: THÔNG TIN VỀ NƠI CHĂM SÓC SỨC KHỎE HÀNH VI

Tên của Nơi Điều Trị:	Tên của Chuyên Viên Điều Trị Tâm Thần (Nếu thích hợp)
Cơ Quan/Chương Trình	
Địa Chỉ	Thành Phố, Tiểu Bang, Số Zip
Điện Thoại #	Số fax an toàn hoặc địa chỉ email an toàn của nơi chăm sóc cụ thể:
Ngày Thẩm Định Ban Đầu	
Trọng Tâm Điều Trị (<i>Dùng Phần Chi Chú Thêm Về Tiến Triển nếu Cần</i>)	
Quản Lý Hồ Sơ/ Chuyên Viên Sức Khỏe Tâm Thần/ Cố Vấn Về Rượu Bia và Ma Túy/ Quản Lý Chương Trình: Điện Thoại #:	Y Tá Về Sức Khỏe Hành Vi: Điện Thoại #:



Ngày Khám Bệnh Gần Đây Nhất	Những Chẩn Đoán Về Sức Khỏe Tâm Thần: Những Chẩn Đoán Liên Quan Đến Rượu Bia và Ma Túy:
-----------------------------	--

Những Triệu Chứng Hiện Thời Về Sức Khỏe Tâm Thần và Thân Thể (*Dùng Phần Ghi Chú Thêm Về Mức Tiến Triển nếu Cần*)

Thuốc và Liều Lượng cho Sức Khỏe Tâm Thần và Không Phải Cho Tâm Thần (*Dùng Phần Ghi Chú Thêm Về Thuốc Men/Mức Tiến Triển nếu Cần*)

Lần Nhập Viện Tâm Thần Gần Đây Nhất
 Ngày: Không Có

Phần C: THÔNG TIN VỀ BÁC SĨ CHĂM SÓC CHÍNH

Tên Của Bác Sĩ Chăm Sóc

Tổ Chức HOẶC Tổ Hợp Y Khoa

Địa Chỉ

Thành Phố, Tiểu Bang, Số Zip

Điện Thoại #:	Số fax an toàn hoặc địa chỉ email an toàn của nơi chăm sóc cụ thể:
---------------	--

Phần D: ĐỂ CHO BÁC SĨ CHĂM SÓC CHÍNH ĐIỀN VÀO ĐƯỢC NHẬN ĐỂ ĐIỀU TRỊ HOẶC GIỚI THIỆU TRỞ LẠI CHƯƠNG TRÌNH SDCBHS (XIN VUI LÒNG ĐIỀN VÀO NHỮNG THÔNG TIN SAU ĐÂY VÀ GỬI LẠI CHO NƠI CHĂM SÓC SỨC KHỎE HÀNH VI TRONG VÒNG HAI TUẦN LỄ SAU KHI NHẬN ĐƯỢC)

Thông báo đã nhận được về Việc Phối Hợp Chăm Sóc.
 Nếu đây là thư giới thiệu của bác sĩ chăm sóc chính, xin vui lòng chọn câu trả lời thích hợp dưới đây:

1. Bệnh nhân đã được nhận vào chỉ để điều trị sức khỏe tâm thần
2. Bệnh nhân đã được nhận vào để chăm sóc sức khỏe thân thể và điều trị tâm thần bằng thuốc trong lúc vẫn tiếp tục nhận thêm các dịch vụ với chương trình sức khỏe hành vi
3. Bệnh nhân được nhận vào để chăm sóc sức khỏe toàn diện gồm cả điều trị tâm thần bằng thuốc
4. Bệnh nhân không được nhận vào để điều trị tâm thần bằng thuốc và được giới thiệu trở lại vì:



Thông Tin Nhạy Cảm: Tôi hiểu rằng những thông tin trong hồ sơ của tôi có thể bao gồm những thông tin liên quan đến bệnh truyền nhiễm qua đường tình dục, hội chứng suy giảm miễn dịch (AIDS), hoặc nhiễm vi-rút gây suy giảm miễn dịch (HIV). Nó cũng có thể bao gồm những thông tin về các dịch vụ sức khỏe tâm thần hoặc điều trị cho tình trạng lạm dụng rượu bia và ma túy.

Quyền Hủy Bỏ: Tôi hiểu rằng tôi có quyền hủy bỏ việc cho phép này bất cứ lúc nào. Tôi hiểu rằng nếu tôi hủy bỏ việc cho phép này tôi phải viết thư để làm điều đó. Tôi hiểu rằng việc hủy bỏ sẽ không áp dụng cho những thông tin đã được tiết lộ dựa vào việc cho phép này.

Bản Sao hoặc Fax:

Tôi đồng ý rằng một bản sao hoặc fax của đơn cho phép này được xem là có hiệu lực như bản gốc.

Tái Tiết Lộ: Nếu tôi đã cho phép tiết lộ thông tin về sức khỏe của tôi cho một người mà người đó không bị luật pháp bắt buộc phải giữ kín thông tin đó, tôi hiểu rằng nó có thể bị tái tiết lộ và không còn được bảo vệ nữa. Luật California nói chung cấm những người nhận được thông tin về sức khỏe của tôi không được tái tiết lộ thông tin đó trừ khi có thư cho phép của tôi hoặc do luật pháp đòi hỏi hoặc cho phép rõ ràng.

Các Quyền Khác: Tôi hiểu rằng việc cho phép tiết lộ thông tin về sức khỏe này là do tự nguyện. Tôi có thể không ký tên vào đơn cho phép này. Tôi không cần phải ký vào đơn để bảo đảm được điều trị. Tôi hiểu rằng tôi có thể xem xét hoặc xin một bản sao của thông tin sẽ được sử dụng hoặc tiết lộ, như được quy định trong Tiêu Đề 45 trong Bộ Luật Về Các Điều Lệ Của Liên Bang ở đoạn 164.524.

CHỮ KÝ CỦA CÁ NHÂN HOẶC NGƯỜI ĐẠI DIỆN PHÁP LÝ

CHỮ KÝ:	NGÀY:
---------	-------

Tên Họ của Thân Chủ (Xin vui lòng đánh máy hoặc viết theo kiểu chữ in rõ ràng)

Họ:	Tên:	Tên Đệm:
------------	-------------	-----------------

NẾU LÀ CHỮ KÝ CỦA ĐẠI DIỆN PHÁP LÝ, XIN VIẾT TÊN THEO KIỂU CHỮ IN:	MỐI LIÊN HỆ CỦA NGƯỜI ĐÓ:
--	---------------------------

Hết Hạn: Trừ khi bị hủy bỏ, đơn cho phép này sẽ hết hạn vào ngày, trường hợp, hoặc tình trạng sau đây: _____

Nếu tôi không ghi rõ ngày, trường hợp, hoặc tình trạng hết hạn, đơn cho phép này sẽ hết hạn trong một (1) năm theo niên lịch tính từ ngày được ký tên, hoặc 60 ngày sau khi chấm dứt điều trị.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Thông Tin Được Ghi trên mẫu đơn này
<input type="checkbox"/> Chương Trình Dùng Thuốc & Điều Trị Hiện Thời
<input type="checkbox"/> Thăm Định Mức Lệ Thuộc Vào Ma Túy
<input type="checkbox"/> Báo Cáo Về Thăm Định/Đánh Giá | <input type="checkbox"/> Báo Cáo/Tóm Lược Về Việc Chấm Dứt
<input type="checkbox"/> Kết Quả Thử Nghiệm Trong Phòng Thí Nghiệm/Chẩn Đoán
<input type="checkbox"/> Tiểu Sử Bệnh Lý
<input type="checkbox"/> Tình trạng khác _____ |
|---|--|

Người ký tên ở trên cho phép bác sĩ chăm sóc sức khỏe hành vi và bác sĩ chăm sóc sức khỏe thân thể tiết lộ những hồ sơ và thông tin/cập nhật về y khoa liên quan đến bệnh nhân. Mục đích của việc tiết lộ này là để giúp phối hợp chăm sóc, nhằm nâng cao phẩm chất và giảm bớt nguy cơ lặp lại các thử nghiệm và tác động lẫn nhau giữa các loại thuốc. Không thỏa thuận có thể gây tác hại đến sự phối hợp chăm sóc hữu hiệu.



Tôi muốn có một bản sao của đơn cho phép này Có Không
Chữ ký tắt của Thân Chủ/Người Giám Hộ

➔ Xin vui lòng đặt một Mẫu Đơn này vào hồ sơ của thân chủ của quý vị

ĐỂ LIÊN LẠC VỚI MỘT ĐẠI DIỆN CỦA CHƯƠNG TRÌNH

Care1st Health Plan
(800) 605-2556

Community Health Group
(800) 404-3332

Health Net
(800) 675-6110
(800) 464-4000

Kaiser Permanente
(888) 665-4621

Molina Healthcare
(888) 724-7240

Access & Crisis Line





MẪU ĐƠN CẬP NHẬT VIỆC PHỐI HỢP CHĂM SÓC SỨC KHỎE THÂN THỂ VÀ HÀNH

TÊN HỌ CỦA THÂN CHỦ

Họ Tên Tên Đệm

Ngày Sinh Nam Nữ

CẬP NHẬT VỀ SỨC KHỎE HÀNH VI

Ngày:

Tên Của Bác Sĩ Điều Trị

Điện Thoại

FAX

Tên Của Bác Sĩ Điều Trị Tâm Thân (Nếu thích hợp)

Điện Thoại

FAX

Thuốc được kê toa vào ngày _____

Ngày

Tên Thuốc/Liều Lượng: _____

Thuốc được thay đổi vào ngày _____

Ngày

Tên Thuốc/Liều Lượng: _____

Thuốc được ngưng lại vào ngày _____

Ngày

Tên Thuốc/Liều Lượng: _____

Thuốc được kê toa vào ngày _____

Ngày

Tên Thuốc/Liều Lượng: _____

Thuốc được thay đổi vào ngày _____

Ngày

Tên Thuốc/Liều Lượng: _____

Thuốc được ngưng lại vào ngày _____

Ngày

Tên Thuốc/Liều Lượng: _____

Cập Nhật Chẩn Đoán:

Cập Nhật Những Thông Tin Chính Yếu:

Ngày Chấm Dứt Điều Trị:

Những Đề Nghị Đề Tiếp Tục Theo Dõi:

CẬP NHẬT CỦA BÁC SĨ CHĂM SÓC CHÍNH

Xin vui lòng cung cấp những Cập Nhật/Thay Đổi liên quan đến Tình Trạng Sức Khỏe Thân Thể Của Bệnh Nhân.