



نموذج الموافقة على العلاج

أفوض _____ بتقديم خدمات التقييم والعلاج
(اسم مقدم الرعاية)

ل _____
(اسم المريض/العضو)

أوافق على المشاركة في عملية التخطيط للعلاج بالقدر المستطاع، وسأعلم مقدم الرعاية إذا حصلت معي أي ظروف تمنعني من المشاركة في العلاج.

أفهم أن هذه الموافقة ستظل سارية المفعول طالما أنني مسجل في Mercy Care RBHA، أو إلى حين أن أسحب الموافقة.

أفهم أنه من خلال التوقيع على نموذج الموافقة هذا، فأنتي أمنح إذنًا لنظام احتواء التكاليف من (AHCCCS) Arizona Health Care، وجميع أعضاء فريق العلاج السريري الخاص بي و Mercy Care RBHA للاطلاع على معلوماتي وسجلاتي.

أفهم أن جميع المعلومات التي تم جمعها في سياق العلاج الخاص بي هي سرية. ومع ذلك، قد يتم الإفصاح عن المعلومات السرية دون موافقتي وفقًا لقانون الولاية والقانون الفيدرالي.

اسم المريض / العضو (طباعة الاسم)

التاريخ

توقيع المريض/العضو

التاريخ

الأهل/الوصي القانوني

التاريخ

الموظف (شاهد)