



FICHE VISAGE

Date d'admission :

Prestations de service:

Numéro d'identification AHCCCS :

D Mentorat

010P

#CMDP

Encerclez tout élément applicable ci-dessous :

Titre 19 Titre 21 SMI SA Enfant/Adolescent

Codes de diagnostic actuels :

Nom complet du client :

Homme : D Femme : D

Nom préféré:

Date de naissance:

Numéro SS :

Adresse du client :

Ville:

Code postal:

Téléphone portable du client :

Maison:

Travail:

Source de référence:

Motif du renvoi:

Bureau de probation référent :

Téléphone du bureau :

Mobile:

E-mail:

Identité de genre: _____

Orientation sexuelle : _____

Course: _____ Langue: _____

État civil : D Marié D Célibataire D Autre

Hauteur: _____ Poids: _____ Origine ethnique : _____

Conditions médicales/besoins :



Fiche d'information client

MARYLAND

C=

M=

Date d'admission :

Nom du client:

Adresse:

Directions:

Date de naissance :
Client : Adulte 00

Téléphone: _____

Autre: _____

Personne à contacter en cas d'urgence: _____

Téléphone: _____

Contrôleur judiciaire: _____

Téléphone: _____

Agent de libération conditionnelle : _____

Téléphone: _____

Fréquence des visites :

Mentor: _____

PIO.: _____

Allergies: (If checked, please write in detail below)

No known-Allergies:

Nutrition Limitations: N/A:

Current Behavioral Health needs:

Education: N/A:

Grade: _____ Grade Status: _____

School Attending (IF MINOR):

Educational Needs: _____

Last Place of Employment: N/A:

Resources Requested:

Assigned Mentor:

Phone #:

Any Notes Upon

Intake: _____

Intake Specialist Signature: _____ Date: _____



Formulaire de coordonnées d'urgence

Ces informations seront utilisées en cas d'accident ou d'urgence médicale.

Assurez-vous de signer et de dater ce formulaire

Nom:

Téléphone:

Maison:

Cellule:

Adresse e-mail:

Adresse:

Nom de la personne à contacter en cas d'urgence principale :

Dernier.

D'abord

Relation:

Téléphone:

Maison:

Cellule:

Travail:

Nom du contact d'urgence secondaire

Dernier: _____

D'abord: _____

Relation:

Téléphone: _____

Maison: _____

Cellule: _____

Travail: _____

Hôpital local préféré : _____

Société d'information sur les assurances : _____

Politique#: _____

Commentaires (y compris toute information médicale ou personnelle spéciale que vous voudriez qu'un prestataire de soins d'urgence connaisse - ou coordonnées spéciales :

Signature: _____

Date: _____

Staff / Title

Date

CONSENT FOR TELEHEALTH TREATMENT

Client Name:

As a client receiving behavioral services through telehealth methods, I understand:

Telehealth is the delivery of behavioral health services using interactive technologies (audio, video or other electronic communications) between a provider and a client that are not in the same physical location. The interactive technologies used in Telehealth incorporate network and software security protocols to protect the confidentiality of patient information transmitted via any electronic channel. These protocols include measures to safeguard the data and to aid in protecting against intentional or unintentional corruption. Electronic systems used will incorporate network and software security protocols to protect the privacy and security of health information and imaging data and will include measures to safeguard the data to ensure its integrity against intentional or unintentional corruption.

1. This service is provided by technology (included but not limited to video, phone, text, and email) and may involve direct face to face communication. There are benefits and limitations to this service. I will need access to, and familiarity with, the appropriate technology in order to participate in the service provided. The exchange of information will not be direct, and any paperwork exchanged will likely be provided through electronic means or through postal delivery. During your telehealth, details of your medical history and personal health information may be discussed with you or your behavioral health care professionals through the use of interactive video, audio or other telecommunications technology.
2. I may decline any telehealth services at any time without jeopardizing my access to future care, services, or benefits.
3. These services rely on technology, which allows for greater convenience in service delivery. There are risks in transmitting information over technology that include, but are not limited to, breaches of confidentiality, theft of personal information, and disruption of service due to technical difficulties. My team and I will regularly reassess the appropriateness of continuing to deliver services to me through the use of the technologies we have agreed upon today and modify our plan as needed.
4. The laws and professional standards that apply to in-person behavioral services also apply to telehealth services. This document does not replace other agreements, contracts, or documentation of informed consent.

Client Signature

Date

Droits des clients

Tous les clients qui ont accepté les services bénéficient des droits suivants :

- Être traité avec dignité, respect et considération
 - Un client comme non soumis à :
 - o A.) Abus
 - o B.) Exploitation
 - o C.) Coercition
 - o D.) Manipulations
 - o E.) Négligence
 - o F.) Abus sexuel
 - o G.) Agression sexuelle
 - o H.) Isolement
 - o 1.) La contention, si elle n'est pas nécessaire pour éviter un préjudice imminent à soi-même ou à autrui ;
 - o J.) Représailles pour avoir soumis une plainte au ministère ou à une autre entité ; ou
 - o K.) Détournement de biens personnels et privés par un traitement ambulatoire
membre du personnel, employé, bénévole ou étudiant du centre.
 - Ne pas faire l'objet de discrimination fondée sur la race, l'origine nationale, la religion, le sexe, l'orientation sexuelle, l'âge, le handicap, l'état civil, le diagnostic ou la source de paiement.
 - Recevoir un traitement qui soutient et respecte l'individualité, les choix, les forces et les capacités du patient ; qui soutient la liberté personnelle du patient, sauf ordonnance du tribunal, avec le consentement du patient ; et est fourni dans l'environnement le moins restrictif qui répond aux besoins de traitement du patient.
 - Ne pas être empêché ou entravé d'exercer les droits civils du patient à moins que le patient n'ait été jugé incompetent ou qu'un tribunal compétent ait conclu que le patient est incapable d'exercer un droit ou une catégorie de droits spécifique.
- Soumettre des griefs à la Santé Intégrée de Gwee et/ou des plaintes à des entités extérieures sans contrainte ni représailles.
- Faire examiner les griefs par le service de santé intégré de Gwee de manière juste, opportune et impartiale.
- Rechercher, parler et se faire assister par un conseiller juridique du choix du patient, aux frais de ce dernier.
- Recevoir l'aide d'un membre de la famille, d'un représentant désigné ou d'une autre personne pour comprendre, protéger ou exercer les droits du patient.
- Pour que les informations et les dossiers du patient soient confidentiels et divulgués uniquement dans la mesure permise par la loi nationale et fédérale (en vertu de R-9-20211(A)(3) et (B), par ordonnance du tribunal ou comme autorisé par écrit par le tuteur légal du patient. .

- À la confidentialité du traitement, y compris le droit de ne pas prendre d'empreintes digitales, photographier ou enregistrer sans consentement (sauf pour photographier à des fins d'identification et à des fins administratives comme prévu par Titre ARS 36-507(2) ; pour les enregistrements vidéo utilisés à des fins de sécurité et conservés uniquement sur un temporaire) tel que prévu dans R9-20-602.(A){5}.

- Examiner, sur demande écrite du tuteur légal du patient, le dossier du patient pendant les périodes normales. aux heures d'ouverture de l'agence ou à une heure convenue entre les. le tuteur légal du patient et l'entrepreneur

sauf tel que décrit au R9-20-211{A}(6); de réviser en agence de l'OBHL : ce chapitre, le rapport de la plus récente inspection des lieux effectuée par l'OBHL, un plan de correction en effet tel que requis par l'OBHL. • Être informé de tous les frais que le patient est tenu de payer et des politiques et remboursements de l'agence.

procédures avant de bénéficier d'un service de santé comportementale, à l'exception d'un service de santé comportementale fourni à un patient en situation de crise.

- Consentir au traitement¹. à moins que le traitement ne soit ordonné par un tribunal compétent après avoir reçu une explication verbale de l'état du patient et du traitement proposé, y compris le résultat attendu, la nature du traitement proposé, les procédures impliquées dans le traitement proposé, les risques ou les effets secondaires. du traitement proposé et de toute alternative au traitement proposé. • Être libre de tout abus, négligence, exploitation, coercition et manipulation.

- Se voir proposer ou être référé pour le traitement spécifié dans le plan de traitement du patient ou recevoir un orientation vers une autre agence si cette agence n'est pas en mesure de fournir un service de santé comportementale que le patient demande ou qui est indiqué dans le plan de traitement du patient.

- Faire en sorte que le parent, le tuteur, le tuteur ou l'agent du patient participe aux décisions de traitement et à l'élaboration et à l'examen et à la révision périodiques du plan de traitement écrit du patient,

- Donner son consentement général et, le cas échéant, son consentement éclairé au traitement, refuser un traitement ou retirer son consentement général ou éclairé au traitement, à moins que le traitement ne soit ordonné par un tribunal conformément au titre 36 de l'ARS, chapitre 5, est nécessaire pour sauver la vie du patient. ou la santé physique, ou est fourni conformément à l'ARS 36-512

- Être libre de tout abus, négligence, exploitation, coercition, manipulation, représailles en cas de dépôt d'une plainte, de renvoi/transfert/menace de renvoi pour des raisons sans rapport avec les besoins de traitement du patient, sauf tel qu'établi dans l'accord d'honoraires signé, traitement qui implique le déni de nourriture/sommeil/possibilité d'utiliser les toilettes, contention ou isolement sous quelque forme que ce soit.

- Participer ou refuser de participer à des activités religieuses. • Contrôler les propres finances du patient, sauf dans les cas prévus par l'ARS 36-507{5}.

- Participer ou refuser de participer à une recherche ou à un traitement expérimental ; donner son consentement éclairé par écrit/refuser de donner son consentement éclairé/retirer son consentement éclairé pour participer à une recherche ou à un traitement qui n'est pas un traitement professionnellement reconnu.

- Être libre d'effectuer tout travail pour l'agence.

- Refuser de reconnaître sa gratitude envers Gwee's Integrated Health par le biais de déclarations écrites, d'autres médias ou de discours lors de rassemblements publics.

- Recevoir des services de santé comportementale dans un établissement sans fumée, bien qu'il puisse être permis de fumer à l'extérieur de l'établissement.

- Si vous êtes inscrit dans une autorité régionale de santé comportementale en tant qu'individu, pour recevoir l'aide de cette autorité. capacité à comprendre, protéger ou exercer les droits des patients.

Vos droits concernant vos informations de santé et vos pratiques en matière de confidentialité

Comment nous collectons des informations vous concernant : Gwee's Integrated Health et ses employés collectent des données par divers moyens, y compris, sans toutefois s'y limiter, les fermes d'accueil, les notes de cas de psychothérapie, les lettres, les appels téléphoniques, les e-mails, les messages vocaux, le personnel et les informations d'admission reçues. par une agence référente nécessaire à l'élaboration et à la mise en œuvre de votre

plan de traitement. Ce que nous ne faisons pas avec vos informations : Les informations sur votre historique que vous nous fournissez par écrit, par courrier électronique, par téléphone (y compris les informations laissées sur les centres commerciaux vocaux), directement ou indirectement fournies, sont conservées dans la plus stricte confidentialité. Nous ne divulguons ni ne diffusons aucune information sur les patients qui reçoivent nos services qui est considérée comme confidentielle ou restreinte par la loi.

Comment nous utilisons vos informations : les informations ne sont utilisées que dans la mesure raisonnablement nécessaire pour vous fournir des services de conseil, ce qui peut nécessiter une communication entre Gwee's Integrated Health et d'autres agences impliquées dans vos soins et votre traitement afin de déterminer le type de services de conseil nécessaires.

Nous obtiendrons d'abord un formulaire d'autorisation écrit de votre part avant la divulgation ou le partage verbal de toute information sur vous ou votre traitement avec notre agence. Gwee's Integrated Health ne peut divulguer que les informations qui ont été générées par les employés de Gwee's Integrated Health dans le cadre de leur travail de traitement : avec vous. Toute information reçue d'autres agences ne sera pas divulguée par Gwee's Integrated Health.

Droit limité d'utiliser des informations personnelles non identifiantes provenant d'autres sources : tout travail de thérapie écrit devient la propriété de Gwee's Integrated Health et est placé dans votre dossier patient confidentiel et protégé par la confidentialité. Nous respectons votre droit à la vie privée et vous assurons qu'aucune information d'identification ne sera jamais utilisée publiquement sans votre consentement direct préalable. Examiner, sur demande écrite, le dossier médical du client selon ARS 12-22931' 12-2294 et 12-2294101

Consentement au traitement et confidentialité limitée J'ai été orienté vers des services de conseil, d'OP et/ou de mentorat et je comprends que le conseil devrait apporter des avantages significatifs, mais peut également présenter certains risques dans la mesure où il peut provoquer des pensées et des sentiments inconfortables ou peut conduire au rappel de souvenirs troublants. Je comprends que le type de traitement, les modalités de traitement et le plan de traitement seront établis avec moi au cours des 30 premiers jours de séances avec le thérapeute. Je comprends en outre que ces objectifs du plan de traitement seront révisés si nécessaire et que je contribuerai à la fois à mon plan de services individuel initial à l'admission ainsi qu'à toute révision ultérieure des objectifs de mon plan de traitement. Les objectifs de mon plan de traitement seront révisés tous les 90 jours (ou plus tôt si nécessaire). Je comprends que si je suis recommandé pour un traitement par une agence et que mon traitement est financé par cette agence, mon t

parler ouvertement et librement avec l'agence de mon traitement et de tout problème connexe. Cela inclut, sans toutefois s'y limiter, les contacts et messages téléphoniques verbaux, la messagerie ema.il sécurisée et la fourniture d'un rapport mensuel écrit avec des notes de cas de séance sur les progrès de mes conseils. Tout autre partage d'informations nécessitera un formulaire de divulgation d'informations spécifique et signé qui indique à qui les informations peuvent être divulguées, quelles informations peuvent être divulguées et le but de la divulgation des informations.

ainsi qu'une date d'expiration (maximum un an) pour la version signée. Je comprends en outre que je peux révoquer une autorisation que j'ai signée, mais cela n'affectera pas les informations publiées avant la signature de l'autorisation. Il existe certaines exceptions à la confidentialité : 1. Lorsqu'il existe un risque de danger imminent pour moi-même ou pour une autre personne de ma part ; le thérapeute est légalement tenu de prendre les mesures nécessaires pour prévenir un tel danger .2. Lorsqu'il existe des informations ou des soupçons d'abus sexuel ou physique sur un enfant, le thérapeute est légalement tenu de le signaler aux autorités compétentes. 3. Lorsqu'il existe une ordonnance du tribunal valide pour la divulgation d'informations, le thérapeute se conformera à la loi et sera financé pour la prob

les patients adresseront toute ordonnance au service de probation. Sauf en cas d'urgence, consent ou refuse le traitement ; peut refuser ou retirer son consentement au traitement avant le début du traitement. Sauf en cas d'urgence, est informé des alternatives à un médicament psychotrope proposé ou à une intervention chirurgicale ainsi que des risques associés et des complications possibles d'un médicament psychotrope ou d'une intervention chirurgicale proposé. Consent aux photographies du client avant qu'un client ne soit photographié, sauf qu'un client peut être photographié lorsqu'il est admis dans un centre de traitement ambulatoire et/ou hospitalier à des fins d'identification et administratives. Je comprends que si je suis en traitement avec un thérapeute de niveau maîtrise qui travaille sur une relicence, une séance co-animée avec un étudiant en stage d'un programme de maîtrise en counseling accrédité, ou un technicien en santé comportementale, ils seront sous la surveillance clinique de le superviseur clinique de Gwee's Integrated Health et discuterai ouvertement de mon cas lors des séances. Mon consentement au traitement est avec l'agence d'Anew Recovery et ses thérapeutes. Pour toute préoccupation clinique, veuillez contacter directement l'administratrice Sarah Gwee au 508-271-5150 : ..

Procédure de plainte des patients Si vous avez une plainte concernant le service que vous recevez au Gwee's Integrated Health ou si vous pensez qu'on vous a refusé l'admission ou que vous avez été renvoyé du traitement sans motif ou si vous sentez que vous avez été victime de discrimination de quelque manière que ce soit, vous êtes encouragé pour accéder au processus de plainte de l'agence. Vous pouvez contacter directement l'administratrice Sarah Gwee (520) 271-5150 concernant votre plainte et si le résultat du contact téléphonique ne résout pas la situation, nous vous encourageons à soumettre votre plainte par écrit afin qu'une réunion puisse avoir lieu pour répondre à votre plainte et fournir un dossier écrit. Vous pouvez appeler l'administratrice Sarah Gwee (508) 271-5150 pour obtenir le formulaire approprié et pouvez également demander de l'aide pour remplir le formulaire. La plainte doit être envoyée au PDG/administrateur qui fixera une rencontre avec le thérapeute et organisera une rencontre avec vous dans les cinq (5) jours ouvrables pour tenter de résoudre la plainte. Des réunions supplémentaires peuvent être programmées pour inclure d'autres membres de l'équipe de traitement avec votre

approbation (comme un gestionnaire de cas, un agent de probation). Si vous ne parvenez pas à parvenir à une résolution avec notre agence, vous avez le droit de déposer une plainte auprès de nos sources de financement d'agence. Pour lesquelles nous avons conclu un contrat pour vos services de traitement : Maricopa/Pinal/Gila County Juvenile Probation, Département des services correctionnels de l'État de l'Arizona, ou toute autre agence avec laquelle Gwee's Integrated Health conclut un contrat pour vos services de traitement. Votre utilisation du processus de plainte n'affectera pas les services que vous recevez ni la manière dont vous êtes traité. Politique de frais/remboursement des patients

Cette politique décrit les sources de financement des honoraires pour services de l'agence : •

Les honoraires des patients seront basés sur l'accord contractuel d'honoraires pour services dans lequel ils relèvent. sous.

- Pour les patients référés en probation, le service de probation peut évaluer la famille pour les coûts liés au traitement, mais la détermination de ces coûts est faite par le service financier de probation et non par Gwee's Integrated Health et ces frais sont payés directement au département.

- Les patients autopayés recevront et signeront un accord financier. Les services seront fournis et le paiement ne sera collecté que si ces services sont fournis. En cas de remboursement, un chèque sera émis et posté dans les trente (30) jours. Des frais de 25,00 \$ seront facturés pour

tout chèque personnel/professionnel retourné. Nous exigeons un minimum d'un jour ouvrable complet (24 heures) avant votre rendez-vous, sinon le tarif horaire complet peut vous être facturé pour le temps que vous avez réservé pour le rendez-vous. • Si un

patient est financé par une compagnie d'assurance privée qui accepte les factures de cette agence, le la compagnie d'assurance informera cette agence des montants de quote-part que le patient devra payer en fonction de la couverture actuelle. Cette agence se chargera de percevoir ces frais s'ils

appliquer

- Les patients qui sont en retard de 30 jours ou plus dans le paiement des services de traitement dont ils ont bénéficié. reçu, peut être suspendu de tout traitement ultérieur jusqu'à ce que son compte financier soit établi actuel.

Gwee's Integrated Health a le droit de modifier les frais et veillera à ce qu'un patient ou, le cas échéant, un membre de la famille, un tuteur, un représentant désigné ou un agent reçoive un avis écrit trente {30.} jours avant toute modification de nos frais. politique. Un avis de modification des frais sera également affiché dans la zone d'attente trente (30) jours avant tout changement.

Numéros de téléphone et adresses importants

OBHL (Office of Behavioral Health Licensure) 150 N 18th Ave, #410 Phoenix, AZ85007 ADHS

{Arizona Department Health Services} Bureau du Bureau of Medical Facilities Licensure 150 North 18th Avenue, # 410, Phoenix AZ 85007 Téléphone 602 364-3031 Maricopa Crisis

602-222-9444 Département de la

sécurité des enfants (DCS Hotline 1-8823-767-2445 Suicide

Hotline : Maricopa : 1-800-631-1314 ou 602-222-9444 Pinal : 1-800- 796-6762 ou 520-622-6000 Tribal RHBA : 1-800-654-8713 AHCCCS

(Ariz.cma Health Care Costs Containment System) : 1-800-654-8713



Formulaire de consentement à l'assurance

Je- _____ donner une autorisation signée pour la divulgation d'informations pour la transaction et la cession des avantages pour les réclamations à Gwee's Integrated Santé .

Signature du client _____

Date _____

Signature du personnel _____

Date _____



Procédures de règlement des griefs

1. Commencez par traiter le grief ou les préoccupations avec le personnel. Si le résident ^{Client} n'est pas satisfait, obtenez un formulaire de grief.
2. Remplissez le formulaire en détail le cas échéant.
3. Soumettez le formulaire au personnel ou à l'administrateur. Grief. Le formulaire recevra une première réponse dans les deux jours ouvrables suivant sa réception.
4. L'administrateur de l'agence examinera et rencontrera les résidents et les parties concernées (le cas échéant) pour résoudre les problèmes soulevés dans le grief.
5. Les griefs remplis recevront une réponse écrite officielle dans un délai de cinq jours ouvrables.
6. Si la ou les personnes qui déposent un grief ne sont pas satisfaites de la décision, une plainte écrite peut être déposée. rempli avec l'agence de licence pour une intervention ultérieure.
7. Une ou plusieurs personnes ne doivent pas faire l'objet de discrimination, ni de représailles interdites, ni de représailles contre, parce qu'elles ont déposé un grief auprès ou à l'extérieur de l'agence.
8. Aucun résident ne sera soumis à des menaces de licenciement anticipé ou de rejet par le personnel.
9. Les politiques et procédures seront expliquées au résident, au parent et au tuteur ou au représentant désigné au moment de l'admission.
10. Un résident ou son représentant peut déposer une plainte directement auprès du Bureau of Residential Facilities Licensing ou du Bureau des droits de l'homme de l'Arizona.

Ministère des Services de Santé
9005 N. 29th Avenue Phoenix Arizona 85051 Bureaux 1 et 2
150 N 10e Avenue Phoenix AZ 85007
602-364-2639

Signature du client
Signature du résident

Date

Signature de l'agent de la clinique
Signature de l'agent résident

Date

Signature du personnel

Date

Formulaire de grief

Nom du client ; _____

Catégorie de grief :

- Nourriture D Rooril/ Buff ding
- Problème avec Résident
- Règles D
- D Vêtements D Maltraité par Personnel
- PropriétéD
- D Autre

Expliquer le grief :

Signature du client: _____

Date : _____

Réponse du directeur de maison/du directeur :

Director / Manager Name

Signature

Date

CONSENTEMENT AU TRAITEMENT

Je, soussigné, _____, vous donne l'autorité pleine et inconditionnelle pour procéder à une évaluation clinique et à un traitement selon votre jugement. Ce consentement est donné par moi en tant que client. J'ai le pouvoir légal de consentir à une évaluation et à un traitement médical, psychologique, de conseil et de santé mentale pour les services. Il est clairement entendu que je me dégage par la présente de toute réclamation et demande qui pourraient survenir ou être accessoires à l'évaluation et/ou au traitement, à condition que vos fonctions soient exercées avec le soin et la responsabilité standard au mieux de vos capacités professionnelles.

Signé ceci : _____

jour de _____

20 ____

Signature du client

Date

Personnel/Titre

Date

Staff/Title

Date

Acknowledgement of Receipt of Consent to Treat Forms

Client Name:

DOB:

By signing this form I, _____ consent to treatment and recognize the limits of confidentiality. I, _____ acknowledge receipt of the Client Information Handout which contains the following information with a verbal explanation of the following items:

- Client Rights/Privacy Practices
- Consent to Treatment and Limited Confidentiality
- Patient Complaint Procedure
- Client Fee/Refund Policy
- Important Crisis/Resource Phone numbers

Client Signature

Date

Staff / Title

Date

Date d'admission : _____

Formulaire d'admission en santé mentale

Nom:		Date de naissance :	
Identifiant AHCCCS :		Adresse:	
Téléphone#		Race/Tribale Affiliation :	
Urgence Contact:		Urgence Contacter le numéro de téléphone	

Quels sont les problèmes pour lesquels vous cherchez de l'aide ?

1. _____
2. _____
3. _____

Quels sont vos objectifs de traitement ?

1. _____
2. _____

Liste de contrôle des symptômes actuels : Veuillez cocher les symptômes actuels :

<input type="checkbox"/> Humeur dépressive	<input type="checkbox"/> Incapacité de profiter des activités	<input type="checkbox"/> Perturbation des habitudes de sommeil
<input type="checkbox"/> Perte d'intérêt pour les activités	<input type="checkbox"/> Difficulté à se concentrer	<input type="checkbox"/> Oubli
<input type="checkbox"/> Culpabilité excessive	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Pensées de course
<input type="checkbox"/> Augmentation des comportements à risque	<input type="checkbox"/> Diminution du besoin de sommeil	<input type="checkbox"/> impulsivité
<input type="checkbox"/> Irritabilité accrue	<input type="checkbox"/> Sorts de pleurs	<input type="checkbox"/> Énergie excessive
<input type="checkbox"/> Crises d'angoisse	<input type="checkbox"/> Évitement	<input type="checkbox"/> Inquiétude excessive
<input type="checkbox"/> Hallucinations audio	<input type="checkbox"/> Méfiance/Paranoïa	<input type="checkbox"/> Hallucinations visuelles

, Tout symptôme supplémentaire que vous ressentez :

Suicide Screening :**Please check the boxes and write detailed answers below:**

Do you Currently feel like you don't want to live?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
Have you ever tried to kill or harm yourself before? If Yes, Please explain	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
How often do you have these thoughts?	<input type="checkbox"/> All day <input type="checkbox"/> Multiple times/day <input type="checkbox"/> Daily <input type="checkbox"/> 1-2 times/week <input type="checkbox"/> 3-4 times/week <input type="checkbox"/> 5-6 times/week <input type="checkbox"/> Other : _____
When is the last time you had Thoughts of dying?	
Has anything happened to you recently to make you feel this way?	
On a scale of 1 – 10 (10 Being the strongest), how strong is your desire to kill yourself currently?	
Would anything make it better? If Yes, Please explain	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
Have you ever thought about how you would kill yourself? If Yes, please explain	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
Is the method you would use readily available? If Yes, please explain	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES

Is there anything that would stop you from killing yourself? If Yes, please explain	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
Do you have access to guns or other means to hurt/kill yourself? If Yes, please explain	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
Safety Contract Completed? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

Psychiatric History :

Please check the box if you are a family member has been diagnosed and/or treated for the below psychiatric disorders :

	YOU	FAMILY (If Yes, specify which family member/members)
Bipolar Disorder	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Age :	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Family member :
Depression	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Age :	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Family Member :
Anxiety	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Age :	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Family Member :
Aggression / Anger Outbursts	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Age :	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Family Member :
Schizophrenia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Age :	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Family Member :
Post-traumatic stress disorder (PTSD)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Age :	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Family Member :
Alcohol Abuse	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Age :	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Family Member :
Substance Abuse	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Age :	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Family Member :
History of Violence	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Age :	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Family Member :

Suicide	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
	Age :	Family Member :

Treatment History :

Have you ever received **outpatient** treatment? NO YES If Yes, Please complete the table below :

Reason Treated	Dates Treated	Where Treated

Have you ever received **Inpatient** treatment? NO YES If Yes, Please complete the table below :

Reason Treated	Dates Treated	Where Treated

Medication History :

I **Don't currently** and **have never taken** medications. If you checked this box, please skip to the Substance Use History section.

I **Currently** take medications or **have taken medications in the past**. If you checked this box, please review the entire list of medications and check the appropriate boxes regarding past / current medications and complete the information. Please be as detailed as possible.

Medication Name	Current / Past (If taken in past, list the dates)	Dosage / Frequency (ie: 50mg. 2x/day)	Response/Side Effects (ie: Helpful, Not Helpful, Negative Side Effects)
	<input type="checkbox"/> Current <input type="checkbox"/> Past _____		
	<input type="checkbox"/> Current <input type="checkbox"/> Past _____		
	<input type="checkbox"/> Current <input type="checkbox"/> Past _____		
	<input type="checkbox"/> Current <input type="checkbox"/> Past _____		
	<input type="checkbox"/> Current <input type="checkbox"/> Past _____		

Do you currently take any Over – the – Counter Medications? NO YES

If Yes, complete the information below :

Medication Name	Treating Illness	Total Daily Dosage	Estimated Start Date

Substance Use :

Have you ever been treated for alcohol or drug use / abuse?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
If Yes, which substance?	
Where were you treated and when?	
How many days per week do you drink alcohol / use drugs?	
Have you ever felt you need to cut down on your drinking or drug use?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
Have you ever had a drink or used drugs first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES

Check if you have ever tried the following? If Yes, Please indicate how long (time frame) and last use.

Substance		Last use (approx)	Length of Use (approx. age, # of years, etc.)
Methamphetamine	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES		
Cocaine	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES		
Stimulants (pills)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES		
Heroin	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES		
LSD / Hallucinogens	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES		
Marijuana	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES		
Pain Killers	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES		
Methadone	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES		
Tranquilizer/Sleeping pills	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES		
Alcohol	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES		
Ecstasy	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES		
Other	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES		

Caffeine Use :

		How Many drinks per day?
Coffee	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	
Soda	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	
Tea	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	

Education History :

Highest grade completed : _____ Where? _____

Did you attend College ? NO YES Where? _____ Major: _____

Highest Education level or Degree attained : _____

Legal History :Have you been Arrested? NO YES

If YES, please complete the table below :

Charge	Approximate Date	Outcome

Have you served time in prison? NO YES

If YES, please complete the table below :

Charged	Date Admitted	Date Released

Are you currently on Probation / Parole? _____

Officer's Name : _____ Phone # : _____ County : _____

Trauma History :

Have you been Emotionally abused?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
Have you been Physically abused?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
Have you been Sexually abused?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES

Occupational History :

Are you currently: Student Unemployed Disabled Retired

What is your current occupation?	
How long have you been at your current Position?	
Have you served in the military?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Which branch?
How were you discharged?	<input type="checkbox"/> Honorable Date: _____ <input type="checkbox"/> Other Date: _____ Type: _____

Family Background History :

Please write detailed answers in boxes below:

Where did you grow up?	
Who was in your household growing up?	

How many siblings do you have?	
What was your mother's occupation growing up?	
What was your father's occupation growing up?	
Did your parents divorce?	
What was your relationship like with your father growing up?	
What was your relationship like with your mother growing up?	
How old are you when you left home?	
Has anyone in your immediate family died?	

Personal/ Family Medical History :

Date and location of last physical exam : _____

Please complete the below table. If YES, please write an approximate date of diagnosis. If you are unaware of your family history, please write " **UNKNOWN** ".

CONDITION	PERSONAL	CONDITION	PERSONAL
Thyroid disease	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Date :	Fibromyalgia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Date :
Anemia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Date :	Heart Disease	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Date :
Liver Disease	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Date :	Epilepsy / Seizures	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Date :
Chronic Fatigue	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Date :	Chronic Pain	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Date :
Kidney Disease	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Date :	High Blood Pressure	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Date :
Diabetes	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Date :	High Cholesterol	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Date :
Asthma / Respiratory issues	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Date :	Head Trauma	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Date :
Stomach / Intestinal problems	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Date :	Hepatitis	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Date :
Cancer	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Date :	Other	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Date :

Medical Background :

Current Weight :	
Current Height :	
Allergies :	

Personal Background :

Marital Status	<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Partnered <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed
How many marriages have you had?	
How long did each marriage last?	
How many divorces have you had?	
If widowed, how long?	
Are you currently in a relationship?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
What is your spouse/significant other's occupation?	
Describe your relationship with your spouse/significant other	
Are you sexually active?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES If Yes, are you using Birth control methods? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Are you interested in help getting Birth control? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
What is your sexual orientation?	<input type="checkbox"/> Straight/Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Transsexual <input type="checkbox"/> Asexual <input type="checkbox"/> Gay/Lesbian/Homosexual <input type="checkbox"/> Unsure/Questioning <input type="checkbox"/> Prefer Not to answer <input type="checkbox"/> Other
Do you have children?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Ages :
Describe your relationship with your children?	

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)

NAME: _____

DATE: _____

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?

(use "✓" to indicate your answer)

	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself—or that you are a failure or have let yourself or your family down	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	0	1	2	3
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed. Or the opposite — being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	0	1	2	3
9. Thoughts that you would be better off dead, or of hurting yourself	0	1	2	3

add columns

	+		+	
--	---	--	---	--

(Healthcare professional: For interpretation of TOTAL, please refer to accompanying scoring card). TOTAL: _____

10. If you checked off any problems, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

Not difficult at all	_____
Somewhat difficult	_____
Very difficult	_____
Extremely difficult	_____

BHT Print Name

Signature

Date

Adverse Childhood Experience (ACE) Questionnaire

All questions pertain to while you were growing up, during your first 18 years of life :

Check the box for " YES "

1. Did a parent or other adult in the household often swear at you, insult you, put you down, or humiliate you or act in a way that made you afraid you might be physically hurt?	<input type="checkbox"/>
2. Did a parent of adult in the household often push, slap, or throw something at you or ever hit you so hard that you had marks or were injured?	<input type="checkbox"/>
3. Did an adult or person at least 5 years older than you ever touch or fondle you or have you touch their body in a sexual way or try to or actually have oral, anal, or vaginal sex with you?	<input type="checkbox"/>
4. Did you often feel that no one in your family loved you or thought you were important or special or that your family didn't look out for each other, feel close to each other or support each other?	<input type="checkbox"/>
5. Did you didn't have enough to eat, had to wear dirty clothes, and had no one to protect you or your parents were too drunk or high to take care of you or take you to the doctor if you needed it?	<input type="checkbox"/>
6. Were your parents ever separated or divorced?	<input type="checkbox"/>
7. Was your mother or stepmother often pushed, grabbed, slapped, or had something thrown at her? Was she sometimes or often kicked, bitten, hit with a fist, or hit with something hard? Was she repeatedly hit over at least a few minutes or threatened with a gun or knife?	<input type="checkbox"/>
8. Did you live with anyone who was a problem drinker or alcoholic or who used street drugs?	<input type="checkbox"/>
9. Was a household member depressed or mentally ill or did a household member attempt suicide?	<input type="checkbox"/>

10. Did a household member go to prison?	<input type="checkbox"/>
Add up the total number of checkboxes and this is your ACE score :	

**** ACE scores of 4 or more, please for trauma counseling**

GAD – 7 Anxiety

Over the last two weeks, how often have you been bothered by the following problems?	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly everyday
1. Feeling nervous, anxious, or on edge	0	1	2	3
2. Not being able to stop or control worrying	0	1	2	3
3. Worrying too much about different things	0	1	2	3
4. Trouble relaxing	0	1	2	3
5. Being so restless that it is hard to sit still	0	1	2	3
6. Becoming easily annoyed or irritable	0	1	2	3
7. Feeling afraid, as if something awful might happen	0	1	2	3

Column total : _____ + _____ + _____ + _____ =

Total score : _____

If you checked any problems, how difficult have they made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

Not difficult at all **Somewhat difficult** **Very difficult** **Extremely difficult**

Source: Primary Care Evaluation of Mental Disorders Patient Health Questionnaire (PRIME-MD-PHQ). The PHQ Was developed by Drs. Robert L. Spitzer, Janet B. W. Williams, Kurt Kroenke, and colleagues. For research information, contact Dr. Spitzer at ris8@columbia.edu PRIME-MD® is a trademark of Pfizer Inc. Copyright© 1999 Pfizer Inc. All rights reserved Reproduced with permission.

Scoring GAD – 7 Anxiety Severity

This is calculated by assigning scores of 0, 1, 2, and 3 to response categories, respectively, of “ Not at all, “ “ several days, “ “ more than the days, “ and “ nearly everyday. “

GAD – 7 total score for the seven items ranges from 0 to 21.

0 – 4 : Minimal Anxiety
5 – 9 : Mild Anxiety

10 – 14 : Moderate Anxiety
15 – 21 : Severe Anxiety

DASS 21

Name : _____ Date : _____

Please read each statement and circle a number 0, 1, 2, or 3 which indicate how much the statement applied to you over the past week. There No right or Wrong answers. Do not spend too much time on any statement. *The rating scale is as follows:*

- 0 Did not apply to me at all – NEVER**
- 1 Applied to me to some degree, or some of the time - SOMETIMES**
- 2 Applied to me to a considerable degree, or a good part of time – OFTEN**
- 3 Applied to me very much, or most of the time – ALMOST ALWAYS**

FOR OFFICE USE

	N	S	O	AA	D	A	S
1. I found it hard to wind down	0	1	2	3			
2. I was aware of dryness of my mouth	0	1	2	3			

3. I couldn't seem to experience any positive feeling at all	0	1	2	3			
4. I experience breathing difficulty (eg, excessively rapid breathing, breathlessness in the absence of physical exertion)	0	1	2	3			
5. I found it difficult to work up the initiative to do things	0	1	2	3			
6. I tended to over – react to situations	0	1	2	3			
7. I experienced trembling (eg, in the hands)	0	1	2	3			
8. I felt that I was using a lot of nervous energy	0	1	2	3			
9. I was worried about situations in which I might panic and make a fool of myself	0	1	2	3			
10. I felt that I had nothing to look forward to	0	1	2	3			
11. I found myself getting agitated	0	1	2	3			
12. I found it difficult to relax	0	1	2	3			
13. I felt down-hearted and blue	0	1	2	3			
14. I was intolerant of anything that kept me from getting on with what I was doing	0	1	2	3			
15. I felt I was close to panic	0	1	2	3			
16. I was unable to become enthusiastic about anything	0	1	2	3			
17. I felt I wasn't worth much as a person	0	1	2	3			
18. I felt that I was rather touchy	0	1	2	3			
19. I was aware of the action of my heart in the absence of physical exertion (eg, sense of heart rate increase, heart missing a beat)	0	1	2	3			
20. I felt scared without any good reason	0	1	2	3			
21. I felt that life was meaningless	0	1	2	3			
TOTALS :							

DASS Severity Ratings

The DASS is a **quantitative** measure of distress along the 3 axes of depression, anxiety¹, and stress². It is not a categorical measure of clinical diagnoses.

Emotional syndromes like depression and anxiety are intrinsically dimensional – they vary along a continuum of severity (Independent of the specific diagnosis). Hence the selection of a single cut-off score to represent clinical severity is necessarily arbitrary. A scale such as the DASS can lead to a useful assessment of disturbance, for example individuals who may fall short of a clinical cut-off for a specific diagnosis can be correctly recognized as experiencing considerable symptoms and as being at high risk of further problems.

However for clinical purposes it can be helpful to have “ labels “ to characterize degree of severity relative to the population. Thus the following cut-off scores have been developed for defining mild / moderate / severe / extremely severe scores for each DASS scale.

Note : the severity labels are used to describe the full range of scores in the population, so “ mild “ for example means that the person is above the population mean but probably still way below the typical severity of someone seeking help (ie it does not mean a mild level of disorder).

The individual DASS scores do not define appropriate interventions. They should be used in conjunction with all clinical information available to you in determining appropriate treatment for any individual.

¹Symptoms of psychological arousal

²The more cognitive, subjective symptoms of anxiety

DASS 21 SCORE

DEPRESSION
SCORE

ANXIETY
SCORE

STRESS
SCORE

	Depression	Anxiety	Stress
Normal	0 – 4	0 – 3	0 – 7
Mild	5 – 6	4 – 5	8 – 9
Moderate	7 - 10	6 – 7	10 – 12
Severe	11 – 13	8 – 9	13 – 16
Extremely Severe	14 +	10 +	17 +

PCL – 5

Instructions : Below is the list of problems that people sometimes have to a very stressful experience. Please read each problem carefully and then circle one of the numbers to the right to indicate how much you have been bothered by that problem in the past month.

In the past month, how much were you bothered by:	Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
--	------------	--------------	------------	-------------	-----------

1. Repeated, disturbing, and unwanted memories of the stressful experience?	0	1	2	3	4
2. Repeated, disturbing dreams of the stressful experience?	0	1	2	3	4
3. Suddenly feeling or acting as if the stressful experience were actually happening again (as if you were actually back there reliving it)?	0	1	2	3	4
4. Feeling very upset when something reminded you of the stressful experience?	0	1	2	3	4
5. Having strong physical reactions when something reminded you of the stressful experience (eg, heart pounding, trouble breathing, sweating)?	0	1	2	3	4
6. Avoiding memories, thoughts, or feelings related to the stressful experience?	0	1	2	3	4
7. Avoiding external reminders of the stressful experience (eg, people, places, conversations, activities, objects, or situations)?	0	1	2	3	4
8. Trouble remembering important parts of the stressful experience?	0	1	2	3	4
9. Having strong negative beliefs about yourself, other people, or the world(eg, having thoughts such as: I am bad, there is something seriously wrong with me, no one can be trusted, the world is completely dangerous)?	0	1	2	3	4
10. Blaming yourself or someone else for the stressful experience or what happened after it?	0	1	2	3	4
11. Having strong negative feelings such as fear, horror, anger, guilt, or shame?	0	1	2	3	4
12. Loss of interest in activities that you used to enjoy?	0	1	2	3	4
13. Feeling distant or cut-off from other people?	0	1	2	3	4
14. Trouble experiencing positive feelings (eg, being unable to feel happiness or have loving feelings for people close to you)?	0	1	2	3	4
15. Irritable behavior, angry outbursts, or acting aggressively?	0	1	2	3	4
16. Taking too many risks or doing things that could cause you harm?	0	1	2	3	4
17. Being "superalert" or watchful or on guard?	0	1	2	3	4
18. Feeling jumpy or easily startled?	0	1	2	3	4
19. Having difficulty concentrating?	0	1	2	3	4
20. Trouble falling or staying asleep?	0	1	2	3	4

Consent for Service

Le traitement de la santé mentale est un processus confidentiel conçu pour vous aider à répondre à vos préoccupations et à mieux vous comprendre. En tant que client de Gwee's Integrated Health, vous acquerez les compétences nécessaires à votre guérison grâce à des conseils individuels, des conseils de groupe, une formation aux compétences de vie et une gestion de cas. Il peut y avoir des périodes de stress et d'anxiété lorsque vous apprenez à mettre en œuvre les stratégies enseignées par les prestataires dans votre mode de vie actuel. Les membres du personnel sont disponibles 24h/24 et 7j/7 pour vous assister et vous soutenir tout au long des services de conseil.

J'accepte ____ (initial) et j'autorise à participer aux services et à l'assistance de santé intégrés de Gwee .

Je comprends que d'autres personnes peuvent être impliquées dans mon traitement et que la divulgation d'informations doit être obtenue. J'accepte de participer aux activités à réaliser pour résoudre et améliorer le fonctionnement.

J'ai lu et discuté des informations ci-dessus avec mes prestataires. Je comprends les risques et les avantages du conseil, la nature des limites et de la confidentialité et ce que l' on attend de moi en tant que client de Gwee's Integrated Health.

Je comprends que je peux retirer mon consentement à la libération et à la participation à Gwee's Integrated Health à tout moment.

Nom du client en caractères d'imprimerie

Signature

Date

Consentement à la recherche

Afin d'assurer la sécurité de tous les clients et du personnel à tout moment, vos biens personnels peuvent être fouillés à tout moment. Tous les effets personnels seront fouillés dès l'admission et de manière aléatoire par la suite. Tous les objets dangereux, médicaments, drogues, alcool ou accessoires seront confisqués.

Nom du client en caractères d'imprimerie

Signature

Date

Consentement au transport

I _____ (Nom du client) donne la permission d'être transporté par Gwee's Integrated Health si nécessaire pendant la prestation de mes services thérapeutiques. Je comprends qu'il existe des risques inhérents tels que des retards de circulation, des accidents, etc. et je reconnais et accepte ce risque en ce qui concerne le transport par les personnes susmentionnées.

Nom du client en caractères d'imprimerie

Signature

Date

Communiqué de presse

OUI NON J'autorise le personnel des médias de santé intégrés de Gwee à Photographie-moi/ma jeunesse.

OUI NON Je donne au personnel des médias Integrated Health de Gwee permission a partager des photos/vidéos de moi-même sur des pages de sensibilisation communautaire telles que Facebook, Twitter et Instagram.

OUI NON Je comprends qu'il n'y a aucun gain monétaire associé à mes photographies/vidéos de moi-même.

Nom du client en caractères d'imprimerie

Signature

Date

Avis de caméras de sécurité

Je comprends que l'établissement de santé intégré de Gwee dispose de caméras de sécurité dans tout l'établissement, dans les zones communes, pour des raisons de sécurité. Je comprends que ces caméras peuvent être examinées par le personnel de direction à tout moment. En signant ci-dessous, j'affirme avoir été informé des caméras de sécurité et de leur fonction en ce qui concerne cette installation.

Nom du client en caractères d'imprimerie

Signature

Date



Page de signature

En paraphant et en signant ci-dessous, vous confirmez que vous avez lu et accepté les consentements ci-dessous. Vous pouvez demander une copie imprimée de chacun des consentements au gestionnaire du programme. Veuillez parapher à côté de chaque consentement et signer votre nom en bas.

_____ Responsabilité financière et accord
(Initiales)

_____ Accord de politique HIPAA et consentement
(Initiales)

_____ Politique et procédure de règlement des griefs
(Initiales)

_____ Droits et responsabilités des clients
(Initiales)

_____ Confidentialité/Accord de confidentialité
(Initiales)

Nom du client en caractères d'imprimerie

Signature

Date

Nom du client en caractères d'imprimerie

Signature

Date