

موافقة المريض على الخروج من مأوى DHS إلى مأوى الفرد البالغ الأعزب
التابع لـ DHS ومنشآت STREET SOLUTIONS

الإحالات الجديدة فقط

اسم منشأة الرعاية الصحية:

اسم المريض:

اسم الموظف الاجتماعي في الحالة:

أوافق أنا، _____ على خروجي إلى مأوى DHS

(اسم المريض)

أو Safe Haven. لقد تم التوضيح لي أنه لا يوجد خيار آخر للخروج في هذا الوقت، أو أنني رفضت المواضيع التالية عند عرضها:

أتفهم أن معظم المأوى و Safe Havens ليس به رعاية طبية في الموقع وليس به رعاية ترميزية على مدار 24 ساعة. أدرك أنه يجب أن أكون مستقلاً في جميع أنشطتي في الحياة اليومية.

أفهم أيضاً أنه يجوز لي الوصول إلى نظام مأوى DHS دون الإفصاح عن معلوماتي الطبية. لدي الحق في الحصول على نسخة موقعة من هذا النموذج.

توقيع الممثل المفوض للمستشفى

التاريخ

توقيع المريض

التاريخ