

# BẢN KHAI Y TẾ

Xin hoàn tất mẫu này với sự hiểu biết và khả năng tốt nhất của quý vị.

Ngày Hôm Nay:		Tòa Án Chuyển Tiếp:			
<b>THÔNG TIN CỦA GIÁM ĐỊNH VIÊN</b>					
Họ Của Giám Định Viên		Tên:		Tên Lót:	
Bệnh Viện / Liên Kết Nhóm Y Tế:		Số Năm Hành Nghề:		Chuyên Khoa:	
Địa Chỉ:		Chỉ Định:    M.D. <input type="checkbox"/> D.O. <input type="checkbox"/> N.P. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> Ph.D. <input type="checkbox"/>			
<p><b>§§ 93-20-305 &amp; 407</b>  <b>Đánh giá chuyên môn</b></p> <p>Tòa án đại pháp phải tiến hành phiên tòa để xác định xem có cần người giám hộ/người bảo hộ cho bị đơn hay không. Trước phiên xét xử, tòa án có thể tùy ý chỉ định người giám hộ tạm thời để quan tâm lợi ích của người đang được nói đến; người giám hộ tạm thời phải hiện diện tại phiên tòa và trình bày các lợi ích của bị đơn.</p> <p>Thẩm phán tòa án đại pháp sẽ là người quyết định số lượng và tính cách của các nhân chứng và bằng chứng được trình bày, ngoại trừ bằng chứng phải bao gồm các chứng nhận được lập sau khi giám định cá nhân bị đơn bởi những chuyên gia sau đây: hai (2) bác sĩ được cấp phép; hoặc một (1) bác sĩ được cấp phép và một (1) nhà tâm lý học, y tá hành nghề hoặc trợ lý bác sĩ được cấp phép. Mỗi người trong số họ sẽ lập một giấy chứng nhận về kết quả giám định đó bằng văn bản để nộp cho lục sự của tòa án và trở thành một phần của hồ sơ vụ kiện.</p> <p>Việc giám định cá nhân có thể diễn ra trực tiếp hoặc thông qua giải pháp y tế từ xa, nhưng bất kỳ giám định từ xa nào cũng phải được thực hiện bằng cách sử dụng phương pháp kết nối nghe nhìn bởi bác sĩ được cấp phép tại tiểu bang này và theo quy định trong Mục 83-9-351. Y tá hành nghề hoặc trợ lý bác sĩ tiến hành giám định không được có mối quan hệ hợp tác hoặc giám sát với bác sĩ tiến hành giám định, có thể theo quy định của pháp luật. Một chuyên viên tiến hành giám định theo mục này cũng có thể được triệu tập để làm chứng tại phiên tòa.</p>					
<p><b>§ 93-20-301</b>  <b>Cơ sở chỉ định người giám hộ</b></p> <p>Tòa án có thể chỉ định một người giám hộ cho người lớn khi bị đơn thiếu khả năng đáp ứng các yêu cầu thiết yếu về sức khỏe thể chất, an toàn hoặc tự chăm sóc bản thân bởi vì người lớn không có khả năng tiếp nhận và đánh giá thông tin hoặc đưa ra hay truyền đạt quyết định, ngay cả với các dịch vụ hỗ trợ hoặc hỗ trợ công nghệ phù hợp; hoặc người lớn được xác định là người bị bệnh tâm thần hoặc người thiếu năng trí tuệ theo quy định tại Mục 41-21-61, họ cũng không có khả năng tự chăm sóc bản thân.</p>					
<p><b>§ 93-20-401</b>  <b>Cơ sở chỉ định người bảo hộ</b></p> <p>Tòa án có thể chỉ định người bảo hộ hoặc các vấn đề tài sản hoặc tài chính của người lớn nếu tòa án xét thấy bằng chứng rõ ràng và thuyết phục rằng người lớn này không có khả năng quản lý các vấn đề tài sản hoặc tài chính do khả năng tiếp nhận và đánh giá thông tin hoặc đưa ra hay truyền đạt quyết định của người lớn này bị hạn chế, ngay cả với việc sử dụng các dịch vụ hỗ trợ hoặc hỗ trợ công nghệ phù hợp; người lớn này mất tích, bị giam giữ, bị bỏ tù hoặc không có khả năng trở về Hoa Kỳ.</p>					
<b>Chữ Ký</b>					
<b>Ngày</b>					
<b>THÔNG TIN BỆNH NHÂN</b>					
Họ Của Bệnh Nhân:		Tên:		M:	
Tình Trạng Hôn Nhân:					
Đây có là tên hợp pháp của bệnh nhân không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Nếu không, tên hợp pháp của họ là gì?		Tên gọi cũ:	
				Ngày sinh:	
				Tuổi:	
				Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	
Địa chỉ:					
Quý vị đã có điều trị cho bệnh nhân này không vì nhu cầu y tế của họ trước đây, dù có liên quan hoặc không liên quan đến giám định này?		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Nếu có, hãy cho biết số ngày và hoàn cảnh trong năm qua và/hoặc tham khảo nếu quý vị đã là bác sĩ riêng của bệnh nhân trong một khoảng thời gian và khung thời gian:	
Có bạn bè hoặc thành viên gia đình nào đi cùng bệnh nhân trong thời gian giám định của quý vị không?		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Tên / Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân: Số Điện Thoại:	
				Đây có là nhân viên chăm sóc chính của bệnh nhân không?	
				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	

Nếu cá nhân có tên trên đây không phải là nhân viên chăm sóc chính của bệnh nhân, vậy ai? (Tên / Điện Thoại / Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân):

**ĐÁNH GIÁ**

<b>BỆNH SỬ – Thể Chất</b>	Bệnh nhân đã có bị	Suy Giảm Thể Chất hoặc Đau Mãn Tính không:	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> KHÔNG BIẾT	
		Đau Ốm hoặc Bệnh Mãn Tính:	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> KHÔNG BIẾT	
		Phẫu thuật trong năm qua	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> KHÔNG BIẾT	
	Có bất kỳ hạn chế thể chất nào ảnh hưởng đến bệnh nhân không?	Hoạt Động Sinh Hoạt Hàng Ngày	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> KHÔNG BIẾT	
		Khả Năng Nhận Thức / Trí Nhớ	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> KHÔNG BIẾT	
	Trong sáu tháng qua, bệnh nhân đã có:	Nằm Viện	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> KHÔNG BIẾT	
		Liệu Pháp hoặc Điều Trị	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> KHÔNG BIẾT	
		Kiểm Tra Tâm Lý hoặc Tâm Thần	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> KHÔNG BIẾT	
	Bệnh Hiện Tại / Tình Trạng Bệnh Lý Thể Chất của Bệnh Nhân:			
	<b>Tiền Sử Lạm Dụng / Sử Dụng Chất Gây Nghiện</b>		<input type="checkbox"/> Từ chối Sử Dụng Chất Gây Nghiện <input type="checkbox"/> Chỉ Thuốc Kê Toa	
(Các) Loại Thuốc Tùy Chọn và Độ Tuổi Bắt Đầu:		Trước Đây, Bệnh Nhân Đã Có Tìm Cách Điều Trị Chứng Nghiện Không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Các Kiểu Lạm Dụng / Sử Dụng Chất Gây Nghiện	Bao Nhiêu:	Tần Suất:		
	Cách Thức Sử Dụng: <input type="checkbox"/> Uống <input type="checkbox"/> Hít <input type="checkbox"/> Tiêm <input type="checkbox"/> Chèn <input type="checkbox"/> Hít <input type="checkbox"/> Khác: _____			

<b>BỆNH SỬ – Tâm Thần</b>	Vấn Đề Tâm Thần Trước Đây:			
	Các bệnh thần kinh / tâm thần này có ảnh hưởng đến khả năng tự chăm sóc bản thân của bệnh nhân không?		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
	Bệnh nhân có bị khuyết tật phát triển và/hoặc thiếu năng trí tuệ không?		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
	Điều Trị Tâm Thần Nội Trú hoặc Ngoại Trú Trước Đây (với số ngày và địa điểm):			
	Bệnh Nhân Có Biểu Lộ Ý Tưởng hoặc Hành Vi Giết Người Không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Bệnh Nhân Có Biểu Lộ Ý Tưởng hoặc Hành Vi Tự Tử Không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	Mô Tả Trải Nghiệm Tư Vấn và / hoặc Điều Trị Khác:			
	Trình bày các kết quả của bất kỳ cuộc kiểm tra nào có liên quan đến tình trạng mất năng lực và ngày kiểm tra (đính kèm các kết quả nếu cần):			
	<b>Tiền Sử / Quá Trình Trải Qua Sự Kiện Gây Sang Chấn</b> (Nếu có thể, hãy xác định loại và ngày diễn ra sự kiện): <input type="checkbox"/> Tai Nạn Nghiêm Trọng: _____ <input type="checkbox"/> Thảm Họa Thiên Nhiên: _____ <input type="checkbox"/> Nhân Chứng Của Sự Kiện Gây Sang Chấn: _____ <input type="checkbox"/> Tấn Công Tình Dục: _____ <input type="checkbox"/> Tấn Công Thể Chất: _____ <input type="checkbox"/> Lạm Dụng Tình Dục Trẻ Em: _____ <input type="checkbox"/> Gia Đình / Bạn Bè Thân Thiết Bị Sát Hại: _____ <input type="checkbox"/> Vô Gia Cư: _____ <input type="checkbox"/> Nạn Nhân Trong Tình Trạng Bị Theo Dõi / Bắt Nạt: _____ <input type="checkbox"/> N / A <input type="checkbox"/> Khác (Nêu rõ) _____ _____ _____		<b>Lịch Sử Xã Hội / Văn Hóa</b> (Lưu Ý / Mô Tả Mối Quan Hệ Phù Hợp): Cha Mẹ: <input type="checkbox"/> Gần Gũi <input type="checkbox"/> Thân Mật <input type="checkbox"/> Xa Lánh <input type="checkbox"/> Khác: _____ Vợ/Chồng hoặc Bạn Tình: <input type="checkbox"/> Gần Gũi <input type="checkbox"/> Thân Mật <input type="checkbox"/> Xa Lánh <input type="checkbox"/> Khác: _____ Các Con: <input type="checkbox"/> Gần Gũi <input type="checkbox"/> Thân Mật <input type="checkbox"/> Xa Lánh <input type="checkbox"/> Khác: _____ Anh Chị Em Ruột: <input type="checkbox"/> Gần Gũi <input type="checkbox"/> Thân Mật <input type="checkbox"/> Xa Lánh <input type="checkbox"/> Khác: _____ Gia Đình Khác: <input type="checkbox"/> Gần Gũi <input type="checkbox"/> Thân Mật <input type="checkbox"/> Xa Lánh <input type="checkbox"/> Khác: _____ Bạn Bè / Đồng Nghiệp: <input type="checkbox"/> Gần Gũi <input type="checkbox"/> Thân Mật <input type="checkbox"/> Xa Lánh <input type="checkbox"/> Khác: _____	

<b>Chỉ Định về Các Hạn Chế Chức Năng</b> (Kiểm Tra Các Lĩnh Vực Chính Của Cuộc Sống Bị Ảnh Hưởng)	<input type="checkbox"/> Kỹ Năng Sống Cơ Bản (ăn uống, tắm rửa, mặc quần áo, v.v.)	
	<input type="checkbox"/> Kỹ Năng Sống Thiết Yếu (bảo dưỡng nhà cửa, quản lý tiền bạc, du lịch trong nước, uống thuốc, v.v.)	
	<input type="checkbox"/> Chức Năng Xã Hội (khả năng hoạt động trong gia đình, môi trường nghề nghiệp hoặc giáo dục, các bối cảnh xã hội khác)	
Bệnh nhân có năng lực về tinh thần hoặc thể chất để quản lý tài sản của mình một cách hiệu quả không?		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Chưa Xác Định
Bệnh nhân có năng lực về tinh thần hoặc thể chất để đưa ra quyết định về chăm sóc sức khỏe và sinh hoạt hàng ngày cần thiết không?		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Chưa Xác Định
<b>Quan Sát Hành Vi Ban Đầu</b>	Nói	<input type="checkbox"/> Phù Hợp <input type="checkbox"/> Chậm <input type="checkbox"/> Máy Móc <input type="checkbox"/> Nhanh <input type="checkbox"/> Khác: _____
	Hành Vi	<input type="checkbox"/> Phù Hợp <input type="checkbox"/> Rút Lui <input type="checkbox"/> Kỳ Lạ <input type="checkbox"/> Bất Ổn <input type="checkbox"/> Khác: _____
	Diện Mạo	<input type="checkbox"/> Phù Hợp <input type="checkbox"/> Rũ Rượi <input type="checkbox"/> Bẩn Thù <input type="checkbox"/> Ăn Mặc Không Phù Hợp <input type="checkbox"/> Khác: _____
	Tâm Trạng	<input type="checkbox"/> Phù Hợp <input type="checkbox"/> Cuồng Nhiệt <input type="checkbox"/> Buồn Phiền <input type="checkbox"/> Bất Ổn <input type="checkbox"/> Dễ Cáo <input type="checkbox"/> Khác: _____
	Ảnh Hưởng	<input type="checkbox"/> Phù Hợp <input type="checkbox"/> Không Thay Đổi <input type="checkbox"/> Bất Ổn <input type="checkbox"/> Khác: _____
	Hướng Đến	<input type="checkbox"/> Địa Điểm <input type="checkbox"/> Thời Gian <input type="checkbox"/> Con Người <input type="checkbox"/> Tình Hướng <input type="checkbox"/> Khác: _____
	Nội Dung Ý Tưởng	<input type="checkbox"/> Phù Hợp <input type="checkbox"/> Không Mạch Lạc <input type="checkbox"/> Âm Ảnh <input type="checkbox"/> Khác: _____
	Trí Nhớ	<input type="checkbox"/> Phù Hợp <input type="checkbox"/> Kiểm Chế <input type="checkbox"/> Lộn Xộn <input type="checkbox"/> Khác: _____
	Phán Đoán / Nhận Thức	<input type="checkbox"/> Phù Hợp <input type="checkbox"/> Suy Yếu <input type="checkbox"/> Tự Tử <input type="checkbox"/> Giết Người <input type="checkbox"/> Khác: _____
<b>Ý Kiến về Sức Khỏe Tâm Thần / Thể Chất:</b>		
<b>TÓM TẮT / KHUYẾN NGHỊ</b>		
Đánh Giá Đây đã Được Tiến Hành (Đánh dấu tất cả mục Thích Hợp):	<input type="checkbox"/> Trực Tiếp <input type="checkbox"/> Thông Qua Giải Pháp Y Tế Từ Xa Nghe Nhìn <input type="checkbox"/> Tại Bệnh Viện / Văn Phòng Y Tế <input type="checkbox"/> Tại Nơi Cư Trú của Bệnh Nhân	
	<input type="checkbox"/> Khác: _____	
	Nếu thông qua Giải Pháp Y Tế Từ Xa, ai đã hỗ trợ quý vị trong quá trình đánh giá? (Tên, Chỉ Định)	Số Giấy Phép Ở Mississippi Của Quý Vị:
<b>Chẩn Đoán</b>	Quý vị đã có tiến hành khám sức khỏe cho bệnh nhân không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Có bất kỳ quan ngại nào sau khi khám sức khỏe không? <input type="checkbox"/> Có: _____ <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> N/A
	Dựa vào quá trình đánh giá đã nói ở trên:	<input type="checkbox"/> TÔI NÊN <input type="checkbox"/> TÔI KHÔNG NÊN
		tin bệnh nhân này là một người không đủ khả năng tự quản lý bản thân mình theo § 93-20-301 hoặc các vấn đề tài chánh theo §93-20- 401 và cần một Người Giám Hộ và / hoặc Người Bảo Hộ (đánh dấu tất cả mục thích hợp): <input type="checkbox"/> Người Giám Hộ (Con Người) <input type="checkbox"/> Người Bảo Hộ (Các Vấn Đề Tài Chánh) <input type="checkbox"/> Cả Hai Người
	Tôi nhận thấy rằng bệnh nhân cần được điều trị <input type="checkbox"/> Tạm Thời <input type="checkbox"/> Lâu Dài <input type="checkbox"/> Khác: _____	
Tôi khuyến nghị Tòa Án yêu cầu đánh giá lại trong:	<input type="checkbox"/> 60 ngày <input type="checkbox"/> 6 tháng <input type="checkbox"/> 1 năm <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Khác: _____	
<b>Tóm Tắt Chẩn Đoán:</b>		

Tôi, \_\_\_\_\_, giám định viên có tên trên đây, chứng nhận rằng **việc giám định** bệnh nhân này đã được hoàn tất vào (ngày) \_\_\_\_\_ vào lúc (thời gian) \_\_\_\_\_, và quá trình **đánh giá và khuyến nghị** này đã được hoàn tất vào (ngày) \_\_\_\_\_ vào lúc (thời gian) \_\_\_\_\_.  
Tôi xin chứng nhận rằng các sự việc nêu trên và thông tin trong báo cáo này là đúng sự thật với sự hiểu biết và niềm tin tốt nhất của tôi.

*Chữ Ký* \_\_\_\_\_

*Tên Viết In* \_\_\_\_\_

*Ngày* \_\_\_\_\_