

ĐIỀU KIỆN NHẬP VIỆN/ĐẾN PHÒNG KHÁM
CONDITIONS OF ADMISSION / CLINIC VISIT (VIETNAMESE)

ĐỒNG THUẬN Y TẾ: Tôi đồng ý cho phép thực hiện các thủ thuật và phương pháp điều trị đối với tôi/bệnh nhân khi đang là bệnh nhân tại Bệnh viện/Phòng khám. Các thủ thuật và phương pháp điều trị này có thể bao gồm khám sức khỏe, xét nghiệm trong phòng xét nghiệm và các xét nghiệm khác, chụp X-quang, giảm đau, điều dưỡng thông thường/đơn giản, các dịch vụ phẫu thuật và y tế khác, các thủ thuật và biện pháp điều trị, và dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa. Tôi hiểu rằng tôi đồng ý được nhận dịch vụ chăm sóc tại Bệnh viện/Phòng khám do Quận Los Angeles sở hữu và điều hành. Tôi hiểu rằng các Bệnh viện/Phòng khám do Quận Los Angeles điều hành có thể là các cơ sở giảng dạy. Tôi hiểu và đồng ý rằng các sinh viên thực tập, bác sĩ nội trú, và nghiên cứu sinh có thể chăm sóc cho tôi/bệnh nhân khi họ đang thực hiện nhiệm vụ dưới sự giám sát của một bác sĩ trực. Tôi hiểu và đồng ý rằng tôi có thể nhận dịch vụ chăm sóc của một bác sĩ không có chứng chỉ bác sĩ và bác sĩ phẫu thuật nhưng đủ tiêu chuẩn và được Hội đồng Y tế California cấp phép được cung cấp dịch vụ chăm sóc trong một chương trình đặc biệt với tư cách là giáo sư thỉnh giảng hoặc thành viên khoa. Tôi cũng đồng ý rằng sinh viên y khoa, sinh viên nha khoa, y tá sinh viên, và bất kỳ sinh viên nào khác được Bệnh viện/Phòng khám chấp thuận có thể giúp đỡ, hoặc quan sát khi tôi/bệnh nhân được chăm sóc. Tôi đồng ý rằng Bệnh viện/Phòng khám có thể sử dụng và loại bỏ bất kỳ mô, cơ quan, vật chất hoặc vật thể nào khác ra khỏi cơ thể của tôi/bệnh nhân.

HÌNH ẢNH/VIDEO/ÂM THANH: Tôi đồng ý cho phép thực hiện chụp ảnh, quay video hoặc hình ảnh khác, hoặc bản ghi âm của tôi/bệnh nhân cho các mục đích điều trị và cho các hoạt động chăm sóc sức khỏe của Sở Dịch vụ Y tế, bao gồm đánh giá đồng cấp, cải tiến chất lượng, đào tạo và giáo dục. Tôi hiểu rằng theo luật pháp California, tôi không được quay phim hoặc ghi hình nhân viên của Bệnh viện/Phòng khám mà không có sự cho phép của họ. Tôi cũng không được chia sẻ video, hình ảnh, hoặc đoạn ghi âm của nhân viên Bệnh viện/Phòng khám mà không được sự cho phép của họ.

CÁC QUY ĐỊNH CỦA BỆNH VIỆN/PHÒNG KHÁM: Tôi đồng ý rằng tôi/bệnh nhân sẽ tuân theo các quy định, và chấp nhận rằng Quản trị viên/Giám đốc Bệnh viện/Phòng khám sẽ là người duy nhất quyết định việc các quy định của Bệnh viện/Phòng khám có đang được tuân thủ hay không. Tôi đồng ý rằng nếu tôi/bệnh nhân không tuân thủ các quy định, tôi/bệnh nhân có thể được yêu cầu về nhà hoặc xuất viện.

CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG: Tôi hiểu và đồng ý rằng Bệnh viện/Phòng khám chỉ cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng tổng quát trừ khi, theo lệnh của bác sĩ của tôi/bệnh nhân, tôi/bệnh nhân sẽ được chăm sóc điều dưỡng chuyên sâu hơn.

BỆNH NHÂN PHỤ SỬ: Nếu tôi sinh (các) con khi đang là bệnh nhân tại Bệnh viện/Phòng khám này, tôi đồng ý rằng các Điều kiện Nhập viện tương tự này sẽ áp dụng cho (các) trẻ sơ sinh.

TIẾT LỘ THÔNG TIN: Tôi hiểu rằng thông tin y tế của tôi/bệnh nhân được bảo vệ theo luật pháp liên bang và tiểu bang. Trừ khi luật pháp cho phép, nếu không, Bệnh viện/Phòng khám phải có được một biểu mẫu riêng có chữ ký để được sử dụng thông tin y tế của tôi/bệnh nhân.

SỬ DỤNG THÔNG TIN BỆNH NHÂN ĐỂ NHẬN THANH TOÁN CHO CÁC DỊCH VỤ CỦA BỆNH VIỆN/PHÒNG KHÁM: Tôi đồng ý rằng Bệnh viện/Phòng khám có thể chia sẻ bất kỳ phần nào trong hồ sơ của tôi/bệnh nhân, bao gồm cả hồ sơ y tế, với người chịu trách nhiệm thanh toán hóa đơn Bệnh viện/Phòng khám. Đó có thể là một công ty bảo hiểm, chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc công ty bồi hoàn cho người lao động. Nếu một bệnh nhân đang được điều trị vì lạm dụng chất có cồn hoặc ma túy, HIV/AIDS, hoặc các vấn đề sức khỏe tâm thần, thì có thể cần sự cho phép đặc biệt để được chia sẻ thông tin này.

THỎA THUẬN VỀ TÀI CHÍNH: Tôi hiểu và đồng ý rằng tôi là người chịu trách nhiệm thanh toán cho Bệnh viện/Phòng khám nếu bệnh nhân không có bảo hiểm, theo mức giá và điều khoản thông thường của Bệnh viện/Phòng khám. Nếu tôi không thanh toán và hóa đơn được chuyển đến công ty thu hồi nợ, tôi đồng ý thanh toán mọi phí luật sư và chi phí thu tiền. Nếu tài khoản của tôi bị trễ hạn, tôi đồng ý rằng tôi có thể bị tính lãi theo tỷ suất hợp pháp.

MEDI-CAL/MEDICARE: Nếu tôi đã điền vào các biểu mẫu của Chương trình Medi-Cal hoặc Medicare, tôi đồng ý rằng tôi đã điền các biểu mẫu một cách trung thực. Tôi đồng ý tiết lộ thông tin cần thiết để hoàn thành yêu cầu này. Tôi đồng ý cho phép thanh toán trực tiếp cho Sở Dịch vụ Y tế và/hoặc Sở Y tế Công cộng của Quận Los Angeles. Tôi đồng ý thanh toán mọi khoản phí còn lại mà tôi chịu trách nhiệm trước pháp luật. Tôi trao các quyền mà tôi sở hữu để được thanh toán theo quy định của Medicare Phần A hoặc B để được chăm sóc tại Bệnh viện/Phòng khám, bao gồm bất kỳ dịch vụ bác sĩ nào cho Bệnh viện/Phòng khám.

CHUYỂN TIẾP CÁC LỢI ÍCH BẢO HIỂM: Tôi đồng ý cho phép công ty bảo hiểm của bệnh nhân thanh toán trực tiếp cho Quận Los Angeles.

Đối tượng này bao gồm các Tập đoàn Y tế liên kết với Quận. Tôi đồng ý thanh toán mọi khoản phí còn lại mà công ty bảo hiểm không thanh toán.

VẬT CÓ GIÁ TRỊ CỦA CÁ NHÂN TRONG BỆNH VIỆN: Tôi hiểu rằng Bệnh viện có kết an toàn dùng để giữ tiền và các vật có giá trị. Bệnh viện không chịu trách nhiệm về tiền hoặc vật có giá trị không được cất vào két sắt. Nếu tôi không để tiền hoặc những vật có giá trị trong két sắt, chúng có thể bị đánh cắp hoặc thất lạc. Tôi hiểu rằng tôi nên để tiền và những vật có giá trị ở nhà. Tôi hiểu rằng Bệnh viện chỉ chịu trách nhiệm đối với những món đồ bị mất/bị đánh cắp trong két sắt trị giá tối đa 500 đô la, trừ khi tôi có biên nhận từ Bệnh viện cho số tiền lớn hơn.

MRUN

NAME

DOB

SEX on ID

APPROVED FOR USE AT ALL DHS / DPH FACILITIES
SCAN INTO ELECTRONIC HEALTH RECORD

ĐIỀU KIỆN NHẬP VIỆN/ĐẾN PHÒNG KHÁM
CONDITIONS OF ADMISSION / CLINIC VISIT (VIETNAMESE)

T-HS62A-V (05-01-2021)



CÁC QUYỀN CỦA BỆNH NHÂN

Quý vị có quyền được:

1. Chăm sóc chu đáo và tôn trọng, và được tạo sự thoải mái. Quý vị có quyền nhận được sự tôn trọng đối với các giá trị văn hóa, tâm lý xã hội, tinh thần, và giá trị cá nhân, niềm tin, và sở thích cá nhân của quý vị.
2. Có một thành viên trong gia đình (hoặc người đại diện khác mà quý vị lựa chọn) và bác sĩ của chính quý vị được thông báo ngay về việc quý vị nhập viện.
3. Biết tên của bác sĩ chăm sóc sức khỏe được cấp phép đang thực hiện trong phạm vi giấy phép chuyên môn của người đó, người có trách nhiệm chính trong việc điều phối chăm sóc cho quý vị, và tên cũng như các mối liên hệ chuyên môn của các bác sĩ và những người không phải là bác sĩ sẽ thăm khám cho quý vị.
4. Nhận thông tin về tình trạng sức khỏe của quý vị, chẩn đoán, tiên lượng, quá trình điều trị, triển vọng phục hồi và kết quả chăm sóc (bao gồm cả các kết quả không lường trước được) bằng những từ ngữ diễn giải mà quý vị có thể hiểu được. Quý vị có quyền được trao đổi hiệu quả và tham gia vào việc phát triển và triển khai kế hoạch chăm sóc của quý vị. Quý vị có quyền tham gia vào các câu hỏi về đạo đức nảy sinh trong quá trình chăm sóc của quý vị, bao gồm các vấn đề giải quyết xung đột, rút lại các dịch vụ hồi sức, và từ bỏ hoặc rút lại việc điều trị kéo dài sự sống.
5. Đưa ra quyết định liên quan đến việc chăm sóc y tế, và nhận được nhiều thông tin về đề xuất bất kỳ liên quan đến phương pháp điều trị hoặc thủ thuật mà quý vị có thể cần để cung cấp đồng thuận sau khi được cung cấp đầy đủ thông tin, hoặc từ chối một liệu trình điều trị. Trừ trường hợp khẩn cấp, thông tin này sẽ bao gồm mô tả về thủ thuật hoặc phương pháp điều trị, các rủi ro y tế đáng kể liên quan, các liệu trình điều trị thay thế hoặc tùy chọn không cần điều trị cùng các rủi ro liên quan đến từng lựa chọn, và tên của người sẽ thực hiện thủ thuật hoặc điều trị.
6. Yêu cầu hoặc từ chối điều trị, trong phạm vi được pháp luật cho phép. Tuy nhiên, quý vị không có quyền yêu cầu được điều trị hoặc các dịch vụ không phù hợp hoặc không cần thiết về mặt y tế. Quý vị có quyền rời khỏi cơ sở y tế ngay cả khi trái với lời khuyên của những người trong nhóm nhân viên y tế, trong phạm vi pháp luật cho phép.
7. Được thông báo nếu cơ sở y tế/bác sĩ chăm sóc sức khỏe được cấp phép đang thực hiện trong phạm vi giấy phép chuyên môn của họ đề xuất quý vị tham gia hoặc thực hiện thí nghiệm trên người ảnh hưởng đến việc chăm sóc hoặc điều trị của quý vị. Quý vị có quyền từ chối tham gia các dự án nghiên cứu đó.
8. Phản ứng một cách hợp lý với bất kỳ yêu cầu hợp lý nào được thực hiện đối với dịch vụ.
9. Đánh giá và kiểm soát hợp lý cơn đau của quý vị, thông tin về cơn đau, các biện pháp giảm đau, và tham gia vào các quyết định kiểm soát cơn đau. Quý vị có thể yêu cầu hoặc từ chối sử dụng bất kỳ hoặc tất cả các phương pháp giảm đau, kể cả thuốc giảm đau nhóm opioid, nếu quý vị bị đau mãn tính khó chữa. Bác sĩ có thể từ chối kê toa cho thuốc giảm đau nhóm opioid, nhưng nếu vậy, họ phải thông báo cho quý vị rằng có những bác sĩ chuyên điều trị cơn đau bằng các phương pháp bao gồm sử dụng thuốc giảm đau nhóm opioid.
10. Lập chỉ định trước. Điều này bao gồm việc chỉ định một người ra quyết định nếu quý vị trở thành người không có khả năng hiểu được phương pháp điều trị được đề xuất, hoặc trở nên không có khả năng trình bày được các nguyện vọng của quý vị liên quan đến việc chăm sóc. Nhân viên của cơ sở y tế và những người hành nghề đang cung cấp dịch vụ chăm sóc trong cơ sở đó phải tuân thủ các chỉ định này. Tất cả các quyền của bệnh nhân sẽ áp dụng cho người có trách nhiệm pháp lý đưa ra các quyết định liên quan đến việc chăm sóc y tế khi thay mặt cho quý vị. Các khiếu nại về các yêu cầu chỉ định trước có thể gửi đến Sở Y tế Công cộng California (xem thông tin liên lạc bên dưới).
11. Quyền riêng tư cá nhân được tôn trọng. Việc thảo luận, tư vấn, khám và điều trị về trường hợp của quý vị là bảo mật và cần phải được tiến hành kín đáo. Quý vị có quyền được cho biết lý do có mặt của bất kỳ cá nhân nào. Quý vị có quyền để cho các khách đến thăm được rời đi trước khi khám, và khi đang thảo luận các vấn đề điều trị. Rèm chắn bảo vệ riêng tư sẽ được sử dụng trong các phòng bán riêng tư.
12. Xử lý bảo mật tất cả các thông tin trao đổi và hồ sơ liên quan đến việc chăm sóc và lưu trữ của quý vị trong cơ sở y tế. Quý vị sẽ nhận được một bản "Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư" riêng, trong đó giải thích chi tiết các quyền riêng tư của quý vị, và cách thức chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế được bảo mật của quý vị.

CẢNH BÁO DỰ LUẬT 65: Dự luật 65 yêu cầu Thống đốc công bố danh sách các hóa chất “được Tiểu bang biết là có thể gây ra ung thư, dị tật bẩm sinh hoặc gây hại cho sinh sản”. Dự luật này cũng yêu cầu các công ty của California, bao gồm các nhà cung cấp dịch vụ y tế, phải cảnh báo cho công chúng về khả năng phơi nhiễm với các hóa chất này. Các cơ sở y tế, bao gồm các cơ sở của Sở Dịch vụ Y tế và Sở Y tế Công cộng có sử dụng một số loại hóa chất trong danh sách của Thống đốc. Quý vị có thể phơi nhiễm với một số hóa chất trong thời gian lưu trú tại Bệnh viện/Phòng khám. Ngoài các hóa chất này, một số loại thuốc được sử dụng để điều trị bệnh nhân bao gồm các hóa chất được Tiểu bang biết là gây ra ung thư, dị tật bẩm sinh, hoặc gây hại cho sinh sản. Vui lòng tham vấn nhà cung cấp dịch vụ y tế của quý vị hoặc dược sĩ tại Bệnh viện/Phòng khám để biết thông tin cụ thể về bất kỳ loại thuốc nào được kê toa cho quý vị. Nếu quý vị có thắc mắc liên quan đến thông tin này, vui lòng truy cập trang web của Văn phòng Sức khỏe Môi trường tại www.oehha.ca.gov hoặc gọi cho số (916) 445-6900.

LƯU Ý CHO NGƯỜI TIỂU DÙNG: Nếu quý vị có các quan ngại liên quan đến việc chăm sóc bệnh nhân và an toàn mà Bệnh viện/Phòng khám chưa giải quyết, chúng tôi khuyến khích quý vị liên lạc với ban quản trị của Bệnh viện/Phòng khám. Nếu các mối quan ngại không thể được ban quản trị của Bệnh viện/Phòng khám giải quyết, quý vị có thể liên lạc với Ủy ban Cộng tác theo số (800) 994-6610 hoặc gửi email đến complaint@jointcommission.org để báo cáo về các quan ngại liên quan đến các cơ sở của Sở Y tế. Các bác sĩ tại Bệnh viện/Phòng khám này được Ủy ban Y tế California cấp phép và quản lý. Để biết thêm thông tin, hoặc để nộp đơn khiếu nại về một bác sĩ y khoa (MD), hãy liên lạc với Hội đồng Y Khoa California theo số (800) 633-2322, hoặc địa chỉ 2005 Evergreen St., # 1200, Sacramento, CA 95815, hoặc trang web www.mbc.ca.gov/consumers/complaints. Các trợ lý bác sĩ tại Bệnh viện/Phòng khám này được Ủy ban Trợ lý Bác sĩ cấp phép và quản lý. Để biết thêm thông tin, hoặc để nộp đơn khiếu nại về một trợ lý bác sĩ (PA), hãy liên lạc với Ủy ban Trợ lý Bác sĩ theo số (916) 561-8780 hoặc vào trang web www.pac.ca.gov.

TÔI KÝ TÊN VÀO TÀI LIỆU NÀY ĐỂ NÓI RẰNG TÔI HIỂU VÀ ĐỒNG Ý VỚI TẤT CẢ CÁC TUYÊN BỐ Ở TRÊN. TÔI ĐÃ ĐƯỢC CHO CƠ HỘI ĐẶT CÂU HỎI VÀ ĐƯỢC TRẢ LỜI CÂU HỎI. LÀ BỆNH NHÂN HOẶC ĐẠI DIỆN CỦA BỆNH NHÂN, TÔI ĐƯỢC QUYỀN ĐỒNG Ý VỚI NHỮNG ĐIỀU NÀY. TÔI HIỂU RẰNG SỰ ĐỒNG THUẬN NÀY CÓ GIÁ TRỊ TRONG MỘT NĂM KỂ TỪ NGÀY TÔI KÝ. NẾU CÓ YÊU CẦU, TÔI ĐÃ NHẬN ĐƯỢC MỘT BẢN SAO CỦA THỎA THUẬN NÀY.

CHỮ KÝ NGƯỜI LÀM CHỨNG	CHỮ KÝ BỆNH NHÂN HOẶC NGƯỜI CHỊU TRÁCH NHIỆM	QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN	NGÀY	GIỜ
------------------------	--	-----------------------	------	-----

ĐỊA CHỈ	ĐƯỜNG PHỐ	THÀNH PHỐ	MÃ ZIP
---------	-----------	-----------	--------

MRUN

NAME

DOB

SEX on ID

APPROVED FOR USE AT ALL DHS / DPH FACILITIES
SCAN INTO ELECTRONIC HEALTH RECORD



T-HS62A-V

**ĐIỀU KIỆN NHẬP VIỆN/ĐẾN PHÒNG KHÁM
CONDITIONS OF ADMISSION / CLINIC VISIT (VIETNAMESE)**

13. Được chăm sóc trong một môi trường an toàn, không bị lạm dụng về tinh thần, thể chất, tình dục, hoặc bằng lời nói và bị bỏ rơi, bóc lột hoặc quấy rối. Quý vị có quyền tiếp cận các dịch vụ bảo vệ và bào chữa, bao gồm cả việc thông báo cho các cơ quan chính quyền về việc bị bỏ rơi hoặc lạm dụng.
14. Không bị kiềm chế và xa lánh dưới hình thức bất kỳ mà nhân viên sử dụng như một phương tiện ép buộc, kỷ luật, tiện lợi hoặc trả đũa.
15. Được chăm sóc liên tục một cách hợp lý và biết trước về thời gian và địa điểm của các cuộc hẹn cũng như danh tính của những người cung cấp dịch vụ chăm sóc.
16. Được bác sĩ, hoặc người được bác sĩ ủy quyền thông báo về việc tiếp tục thực hiện các yêu cầu và tùy chọn chăm sóc sức khỏe sau khi xuất viện. Quý vị có quyền tham gia vào việc phát triển và triển khai kế hoạch xuất viện của mình. Theo yêu cầu của quý vị, một người bạn hoặc thành viên gia đình cũng có thể được cung cấp thông tin này.
17. Biết rõ các quy định và chính sách nào của cơ sở y tế được áp dụng cho hành vi của quý vị khi quý vị là bệnh nhân.
18. Chỉ định một người hỗ trợ, cũng như những khách đến thăm mà quý vị lựa chọn, nếu quý vị có khả năng ra quyết định, dù khách đến thăm có quan hệ huyết thống, hôn nhân, hay tình trạng quan hệ gia đình có đăng ký hay không, trừ khi: không được phép có khách đến thăm; cơ sở y tế quyết định một cách hợp lý rằng sự hiện diện của một vị khách cụ thể sẽ gây nguy hiểm cho sức khỏe hoặc sự an toàn của một bệnh nhân, một nhân viên của cơ sở y tế, hoặc những người khác đến cơ sở y tế, hoặc sẽ làm gián đoạn đáng kể các hoạt động của cơ sở y tế; quý vị đã báo với nhân viên cơ sở y tế rằng quý vị không còn muốn một người cụ thể đến thăm. Tuy nhiên, một cơ sở y tế có thể thiết lập các hạn chế hợp lý về việc thăm viếng, bao gồm các hạn chế về giờ đến thăm và số lượng người đến thăm. Cơ sở y tế phải thông báo cho quý vị (hoặc người hỗ trợ của quý vị, nếu thích hợp) về các quyền được thăm viếng của quý vị, bao gồm mọi giới hạn hoặc hạn chế của phòng khám. Cơ sở y tế không được phép hạn chế, giới hạn hoặc từ chối các đặc quyền thăm khám vì lý do chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tôn giáo, giới tính, nhận dạng giới tính, khuynh hướng tình dục, hoặc khuyết tật.
19. Các nguyện vọng của quý vị được cân nhắc nếu quý vị thiếu khả năng ra quyết định, để xác định ai có thể đến thăm. Phương thức cân nhắc đó sẽ tuân thủ theo quy định của luật pháp liên bang và được công bố trong chính sách thăm viếng của cơ sở y tế. Ở mức tối thiểu, cơ sở y tế phải tính đến bất kỳ người nào sống trong hộ gia đình của quý vị và người hỗ trợ bất kỳ theo quy định của luật pháp liên bang.
20. Kiểm tra và được giải thích về hóa đơn của quý vị, bất kể nguồn thanh toán là gì.
21. Thực hiện các quyền này mà không liên quan đến, và không bị phân biệt đối xử dựa trên giới tính, tình trạng kinh tế, trình độ học vấn, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, khuynh hướng tình dục, nhận dạng/biểu hiện giới tính, khuyết tật, tình trạng sức khỏe, tình trạng hôn nhân, tuổi tác, tình trạng quan hệ gia đình có đăng ký, thông tin di truyền, quốc tịch, ngôn ngữ chính, tình trạng nhập cư (trừ trường hợp theo yêu cầu của luật pháp liên bang) hoặc nguồn chi trả cho việc chăm sóc.
22. Nộp đơn khiếu nại. Nếu quý vị muốn nộp đơn khiếu nại với cơ sở y tế này, quý vị có thể làm như vậy bằng cách viết thư hoặc gọi cho Phòng Quan hệ Bệnh nhân/Bảo vệ Quyền lợi Người bệnh. Khiếu nại của quý vị sẽ được xem xét, và quý vị sẽ nhận được phúc đáp bằng văn bản. Văn bản trả lời sẽ có tên của người cần liên lạc tại cơ sở y tế, các bước thực hiện điều tra khiếu nại, kết quả của quy trình khiếu nại, và ngày hoàn thành quy trình khiếu nại. Các mối quan ngại về chất lượng chăm sóc hoặc xuất viện sớm cũng sẽ được chuyển đến Tổ chức Đánh giá Đồng đẳng về Sử dụng và Kiểm soát Chất lượng (PRO) thích hợp nếu có.
23. Nộp đơn khiếu nại đến Sở Y tế Công cộng California bất kể quý vị có sử dụng quy trình khiếu nại của cơ sở y tế hay không. Số điện thoại và địa chỉ của Sở Y tế Công cộng California là 800-228-5234, 681 S Parker St., Suite 200 Orange, CA 92868.
24. Nộp đơn khiếu nại đến Sở Gia cư và Việc làm Công bằng tại www.dfeh.ca.gov, 800-884- 1684 hoặc 800-700-2320 (Tiếp Âm TTY) hoặc 2218 Kausen Dr., # 100, Elk Grove, CA 95758.