

橙县卫生局
行为健康服务
服务知情同意书

远程医疗和电话服务的一般知情同意书

根据现行法律，我已被告知以下内容：建议的评估的性质和目的、心理治疗的性质、替代疗法，以及其他疗法，包括不用治疗的选择，并了解其中的风险。我同意并授权以下针对我的健康所进行的必要服务：

1. 健康评估
2. 咨询或治疗
3. 团体教育或治疗（若适用且被认定适当）
4. 药物支持
5. 个案管理（例如：转介、联接服务、咨询服务）
6. 监控筛检影响我的健康的药物

我了解上述服务可能会以医疗提供者认定对我合适的电话及/或远程医疗的方式提供。

远程医疗包括使用音讯、视讯或其他电子通讯方式与我互动，咨询我的医疗提供者及/或审核我的医疗/行为健康信息，以便诊断、治疗、后续追踪及/或教育。在远程医疗及/或电话评估过程中，可能会通过使用视讯、音讯以及其他电子通讯技术方式，与我及/或其他医疗专业人士讨论我的医疗与行为健康记录细节和私人健康信息。

远程医疗与电话服务的潜在风险，在于使用的仪器可能发生部分或完全故障，导致健康工作人员无法进行完整评估、提供健康服务及/或处方开药。另一个远程医疗与电话服务的潜在风险，是由于我的特殊健康情况或技术问题，而在远程医疗及/或电子约诊后，仍需进行面对面的咨询。除此之外，在少数情况下，安全协议失败可能会导致隐私泄露。远程医疗与电话服务的替代方案为面对面或亲自约诊。

我有权于此时拒绝同意或在过程中随时撤销同意，而不影响未来照护与治疗的权力，或有失去或撤回原本应获得的任何福利的风险。我明白我也可选择面对面服务。

我了解以下针对参与远程医疗与电话服务的内容：

- 远程医疗与电话服务工作阶段的影片或通话纪录不会永久保留。
- 根据联邦和加州法律，所有现有的机密保护措施均适用于远程医疗和电话服务期间信息的使用或披露。
- 无论服务是以面对面、电话或远程医疗的方式向我提供，我有获得所有机密保护的权力。
- 我有权获取和复制所有传输的医疗/心理健康信息
- 未经进一步书面同意及授权批露受保护的健康信息，不可向其他实体传播任何影像或信息。
- 我会承担包括与接受远程医疗及/或电话服务相关的电话及/或数据资费的全部费用。

机密患者信息
加州福利与机构守则第 5328 条
42 CFR 第 2 部分、45 CFR 第 160 与 164 部分

我明白接受并参与远程医疗和电话服务是出于个人意愿，不应视为接受其他社区服务的先决条件。

如果我接受 Medi-Cal 福利（Orange MHP 及/或 DMC-ODS）我将保留申请其他 Medi-Cal、Short Doyle/Medi-Cal 或 Specialty Mental Health 有偿服务的权利，并且有权申请更换医疗提供者、工作人员、治疗师及/或个案经理。

参与的计划终止后，可能会有人联络我以评估我的进度和情况，届时依照我的意愿可以选择不回 答任何问题。

我对于收到的以便针对远程医疗和电话服务做出审慎决定的所有信息感到满意。已有人向我说明 远程医疗与电话服务的风险、效益和后果。我有机会针对此信息提出疑问，并且所有问题皆已得 到解答。我确认已阅读、了解并同意上述内容，并将会获得此同意书文件的副本。在紧急情况下， 此同意书的副本将以邮件或亲送方式向我提供。

受益人/参与人姓名

受益人/参与人签名

日期

责任方/代表人姓名

与受益人关系

责任方/代表人签名

日期

医疗提供者/见证人签名

日期

此表格向受益人提供翻译版本/
责任方（姓名）

翻译语言