

대외비 환자 정보

캘리포니아 W&I 코드, 섹션 5328

42 CFR 파트 2, 45 CFR 파트 160 & 164

CONFIDENTIAL PATIENT INFORMATION

Cal. W&I code, § 5328

42 CFR Part 2, 45 CFR Parts 160 & 164



오렌지 카운티 보건소

정신건강 서비스

서비스 관련 제공받은 정보 동의서

ORANGE COUNTY HEALTH CARE AGENCY  
BEHAVIORAL HEALTH SERVICES  
INFORMED CONSENT FOR SERVICES

**원격의료 및 전화에 의한 서비스 일반 정보 동의서**

**General Informed Consent for Telehealth and Telephonic Services**

현행 법을 준수하여, 저에게 다음 내용을 설명했습니다: 제안된 평가의 성격과 의도, 정신과 치료, 대안 치료, 그리고 비치료적 방법을 통한 대안을 포함한 기타 치료 방법의 성격에 관한 것이었으며, 저는 이와 상관되는 위험을 이해합니다. 본인의 건강과 웰빙에 필요한 이하 서비스에 대해, 저는 동의하고 권한을 부여합니다:

In accordance with existing law, the following has been explained to me: the nature and purpose of the proposed evaluation, the nature of psychotherapy, alternative therapies, and other treatment methods including the alternative of no treatment, and I understand the risks involved. I consent and authorize the following services necessary for my health and well-being:

1. 판정
  2. 상담 또는 치료
  3. 집단 교육 또는 치료 (해당되고 적합하다고 판단되는 경우)
  4. 투약 지원
  5. 사례관리 (예: 참조, 연결, 상담)
  6. 본인의 건강과 웰빙에 영향을 미치는 약물과 기타 마약 복용에 관한 관찰 보고
1. Assessment
  2. Counseling or Therapy
  3. Group Education or Therapy (if applicable and deemed appropriate)
  4. Medication Support
  5. Case Management (e.g., referrals, linkage, consultations)
  6. Monitored screening for substances and other drugs that affect my health and well-being

대외비 환자 정보

캘리포니아 W&I 코드, 섹션 5328

42 CFR 파트 2, 45 CFR 파트 160 & 164

CONFIDENTIAL PATIENT INFORMATION

Cal. W&I code, § 5328

42 CFR Part 2, 45 CFR Parts 160 & 164

본인의 위의 서비스들이 원격의료 및/또는 전화에 의한 서비스로 제공될 수 있으며, 본인의 서비스 제공자의 판단에 따라 제공될 수 있음을 이해합니다.

I understand that the above services may be rendered to me via telephone and/or telehealth, and as deemed appropriate by my provider where I am seeking services.

원격의료는 본인과 소통, 본인의 의료진과 상의 및/또는 진단, 치료, 후속 조치 및 교육을 위하여 본인의 의료/정신건강 기록 검토 등을 오디오, 비디오, 또는 다른 전자 커뮤니케이션을 통해 하는 것을 말합니다. 본인의 원격의료 또는 전화에 의한 진단시, 본인의 의료 및 정신 건강 히스토리 그리고 개인 건강 정보 등의 세부 사항을 비디오, 오디오 그리고 전기 통신 기술을 통해 논하게 될 수 있습니다.

Telehealth involves the use of audio, video or other electronic communications to interact with me, consult with my healthcare provider and/or review my medical/behavioral health information for the purpose of diagnosis, therapy, follow-up and/or education. During my telehealth and/or telephone (telephonic) evaluation, details of my medical and behavioral health history and personal health information may be discussed with me and/or other health professionals through the use of interactive video, audio and telecommunications technology.

원격의료 및 전화에 의한 서비스의 잠재적 위험요인은 사용되는 장비가 부분적 또는 완전히 고장 날 경우 정신건강 스태프가 진단, 정신건강 서비스 및/또는 처방전 과정을 마치지 못할 수 있는 것입니다. 또 다른 잠재적 위험요인은 본인의 정신건강 상태 또는 기술적인 문제들로 인하여, 원격의료 및 전화에 의한 서비스 이후에도 대면상담이 필요할 수 있는 것입니다. 또한, 드문 경우에, 보안 프로토콜의 고장으로 인하여 사생활 침해를 초래할 수 있습니다. 원격의료 및 전화에 의한 서비스의 대안은 대면상담입니다.

The potential risk of telehealth and telephonic services is that there could be a partial or complete failure of the equipment being used which could result in behavioral health staff's inability to complete the evaluation, behavioral health services, and/or prescription process. Another potential risk of telehealth and telephonic services could be that because of my specific behavioral health condition, or due to technical problems, a face-to-face consultation may still be necessary after the telehealth and/or telephonic appointment. Additionally, in rare circumstances, security protocols could fail causing a breach of privacy. The alternative to telehealth and telephonic services would be a face-to-face or in-person appointment.

본인에게는 지금 동의하지 않거나 또는 언제든지, 상담시간 중 언제라도, 동의를 취소할 선택권이 있습니다. 이는 훗날의 서비스, 치료에 대한 본인의 권리에 영향을 미치거나 또는 본인에게

대외비 환자 정보

캘리포니아 W&I 코드, 섹션 5328

42 CFR 파트 2, 45 CFR 파트 160 & 164

CONFIDENTIAL PATIENT INFORMATION

Cal. W&I code, § 5328

42 CFR Part 2, 45 CFR Parts 160 & 164

수혜자격이 있는 다른 어떤 프로그램의 혜택을 잃거나 취소될 위험이 없이 내릴 수 있는 선택입니다. 본인은 원할 경우 대면서비스를 요청할 선택권이 있음을 이해합니다.

I have the option to withhold consent at this time or to withdraw this consent at any time, including any time during a session, without affecting the right to future care, treatment, or risking the loss or withdrawal of any program benefits to which I would otherwise be entitled. I understand I have the option to request in-person services if I prefer.

본인은 원격의료 및 전화에 의한 서비스 참여에 관련된 다음의 사항들을 이해합니다:

I understand the following with regards to participating in telehealth and telephonic services:

- 원격의료 및 전화에 의한 서비스 세션의 녹화 또는 녹음은 보관하지 않습니다.
- 비밀보호 관련된 기존의 연방법 및 캘리포니아 모든 법은 원격의료 및 전화에 의한 서비스에 적용됩니다.
- 본인은 직접 내담, 전화, 또는 원격의료 등 서비스 전달 방식에 상관없이 비밀보호에 관한 모든 권리가 있음을 이해합니다.
- 본인은 본인의 모든 의료/정신 건강 기록의 사본을 요청할 수 있는 권리가 있음을 이해합니다.
- 추가 서면 동의와 Authorization to Disclose (ATD) Protected Health Information (PHI) (개인건강정보 제공 허가) 없이 영상이나 정보를 다른 기관들에 절대 유출하지 않습니다.
- 본인은 원격의료 및 전화에 의한 서비스 수혜로 인해 발생하는 추가 전화요금 및 데이터 플랜 비용에 대해 본인에게 전적으로 책임이 있음을 이해합니다.
- There is no permanent video or voice recording kept of telehealth and telephonic services sessions.
- All existing confidentiality protections under federal and California law apply to information used or disclosed during telehealth and telephonic services.
- I understand I have the right to all confidentiality protections whether services are delivered to me in person, via telephone, or telehealth.
- I understand I have a right to access and copies of all transmitted medical/mental health information.
- There shall be no dissemination of any images or information to other entities without further written consent and an Authorization to Disclose (ATD) Protected Health Information (PHI).
- I understand that I am fully responsible for any costs including overage charges on my phone and/or data plan associated with receiving telehealth and/or telephonic services.

대외비 환자 정보

캘리포니아 W&I 코드, 섹션 5328

42 CFR 파트 2, 45 CFR 파트 160 & 164

CONFIDENTIAL PATIENT INFORMATION

Cal. W&I code, § 5328

42 CFR Part 2, 45 CFR Parts 160 & 164

본인의 원격 의료 및 전화에 의한 서비스 수용과 참가는 자발적이며, 다른 커뮤니티 서비스 접근의 전제조건으로 고려될 수 없음을 이해합니다.

I understand that acceptance and participation in telehealth and telephonic services is voluntary and shall not be considered a prerequisite for access to other community services.

본인이 메디칼 수혜자일 경우 (오렌지 카운티 정신건강플랜 또는 오렌지 카운티 마약 메디칼 조직 전달 시스템), 본인의 다른 메디칼 또는 Short Doyle/Medi-Cal 또는 특수 정신건강 지급가능 서비스 요구권이 있으며, 시행자, 실무자, 치료자 및/또는 사례관리자의 변경을 요청할 권리가 있음을 이해합니다.

If I am a Medi-Cal beneficiary (Orange MHP and/or DMC-ODS), I understand that I retain the right to request other Medi-Cal, Short Doyle/Medi-Cal or Specialty Mental Health reimbursable services and have the right to request a change of provider, staff person, therapist, and/or case manager.

본인의 프로그램 참여가 끝난 뒤 본인의 진전과 상태를 평가하기 위하여 본인에게 연락이 올 수도 있습니다. 본인이 원하지 않을 경우에는 어떤 질문에도 답변하지 않아도 된다는 것을 이해합니다.

I may be contacted after my participation in the program has ended to evaluate my progress and condition. I understand that I may choose not to answer any questions at that time if I do not wish to do so.

본인의 원격의료 및 전화에 의한 서비스와 관련하여 결정을 내리기 위해 필요한 모든 정보를 제공받았으며, 이에 만족합니다. 본인은 원격의료 및 전화에 의한 서비스와 관련된 위험요소, 이득, 그리고 결과에 대해서 설명 들었습니다. 본인은 이 정보에 관한 질문을 할 기회가 있었으며, 모든 질문에 대한 답을 얻었습니다. 본인은 위의 내용을 읽고, 이해하고, 여기에 동의하며 사본 1 부를 받을 것을 확인합니다. 비상사태 시, 이 동의서의 사본 1 부를 가능한 빨리 우편 또는 직접 받게 될 것 입니다.

I am satisfied that I have received all the information I need to make an informed decision about telehealth and telephonic services. The risks, benefits, and consequences of telehealth and telephonic services have been explained to me. I have had an opportunity to ask questions about this information and all of my questions have been answered. I certify that I have read, understand and agree with the above and will receive a copy of this consent form. In an emergency situation, I will be provided a copy of this consent as soon as is feasible, via mail, or in-person.

대외비 환자 정보

캘리포니아 W&I 코드, 섹션 5328

42 CFR 파트 2, 45 CFR 파트 160 & 164

CONFIDENTIAL PATIENT INFORMATION

Cal. W&I code, § 5328

42 CFR Part 2, 45 CFR Parts 160 & 164

---

수혜자/참여자 이름 Beneficiary/ Participant Name

---

수혜자/참여자 서명 Beneficiary/Participant Signature

---

날짜 Date

---

책임 당사자/대리인 이름 Responsible Party/Representative Name 수혜자와의 관계 Relationship to Beneficiary

---

책임 당사자/대리인 서명 Responsible Party/Representative Signature

---

날짜 Date

---

서비스 제공자/증인 서명 Provider /Witness Signature

---

날짜 Date

---

이 문서는 수혜자/책임 당사자에게 (이름)에 의해 통역되었습니다. 통역된 언어 Translated Language

This form was translated to the Beneficiary/  
Responsible Party by (Name)