

대외비 환자 정보

섹션: 캘리포니아 W&I 코드, 섹션 5328

42 CFR 파트 2, 45 CFR 파트 160 & 164

CONFIDENTIAL PATIENT INFORMATION

Sec: Cal. W&I code, section 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

## 일반 동의

### General Consent

현행 법을 준수하여, 저에게 다음 내용을 설명했습니다; 제안된 평가(심리검사가 포함될 수 있음)의 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 (which may include psychological testing), the nature of psychotherapy, alternative therapies, and other treatment methods including the alternative of no therapy, 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
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*
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*

본인의 정신건강 시스템 수용과 참가는 자발적이며, 다른 커뮤니티 서비스 접근의 전제조건으로 고려될 수 없음을 이해합니다.

*I understand that acceptance and participation in the Behavioral Health system is voluntary and shall not be considered a prerequisite for access to other community services.*

본인이 메디칼 수급자일 경우, 본인이 다른 메디칼 또는 Short Doyle/Medi-Cal 지급가능 서비스 요구권이 있으며, 시행자, 실무자, 치료자, 및/또는 사례관리자의 변경을 요청할 권리가 있음을 이해합니다.

*If I am a Medi-Cal beneficiary, I understand that I retain the right to request other Medi-Cal or Short Doyle/Medi-Cal 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 질문에 대해서도 답변하지 않는 것으로 선택할 수 있다는 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 서비스와 관련하여, 정보를 선택 받은 상태에서 결정을 내리기 위해 필요한 모든 정보를 제공받았으며, 이에 만족합니다. 본인은 위의 내용을 읽고, 이해하고, 여기에 동의하며 사본 1부를 받았음을 확인합니다. (본 문서 사본 1부는 내담자에게 또는 그의 대리인 또는 책임 있는 당사자에게 제공됩니다.)

*I am satisfied that I have received all the information I need to make an informed decision about my services. I certify that I have read, understand and agree with the above and have received a copy. (A copy of this document is to be given to the client or to her/his agent or responsible party.)*

---

내담자/참여자 이름 *Client / Participant Name*

---

내담자/참여자 서명 *Client / Participant Signature*

---

책임 당사자/대리인 서명 *Responsible Party / Representative Signature*

---

수행자/증인 서명 *Provider / Witness Signature*

---

날짜 *Date*

---

날짜 *Date*

---

날짜 *Date*