

خدمات الصحة السلوكية لوكالة الرعاية الصحية في مقاطعة أورانج الموافقة المستنيرة على الخدمات والموافقة على الرعاية الصحية عن بعد

الموافقة المستنيرة على الخدمات

وفقا للقانون الحالي ، تم شرح ما يلي: طبيعة التقييم المقترح والغرض منه (قد يشمل الاختبار النفسي) ، وطبيعة العلاج النفسي ، والعلاجات البديلة ، وطرق العلاج الأخرى بما في ذلك بديل عدم العلاج ، وأنا أتفهم المخاطر التي تنطوي عليها. أوافق على تقديم الخدمات التالية ، حسب الحاجة لصحتي ورفاهيتي ، إما شخصيا أو عبر الرعاية الصحية عن بعد:

- 1 . تقييم
- 2 . تطوير الخطة
- 3 . إعادة التأهيل النفسي والاجتماعي
- 4 . الاستشارة الفردية أو العلاج
- 5 . التعليم الجماعي أو العلاج
- 6 . دعم الأدوية
- 7 . إدارة الحالات المستهدفة (مثل الإحالات والربط)
- 8 . خدمات الأقران
- 9 . فحص مراقب للمواد والأدوية الأخرى التي تؤثر على صحتي ورفاهيتي

أدرك أن المشاركة في أنظمة التوصيل المنظمة للأدوية (Medi-Cal (DMC-ODS) أو خطة الصحة النفسية (MHP) هي مشاركة طوعية ولا يجوز اعتبارها شرطا أساسيا للوصول إلى خدمات مجتمعية أخرى.

أدرك أنه قد يتم تقديم الخدمات المذكورة أعلاه لي شخصيا أو عبر الرعاية الصحية عن بعد، عندما تكون متاحة ويعتبرها مزودي مناسبة.

تتضمن الرعاية الصحية عن بعد استخدام الفيديو الصوتي المتزامن فقط أو الفيديو المتزامن للتفاعل معي ، واستشارة مقدم الرعاية الصحية الخاص بي و / أو مراجعة معلوماتي الطبية والسلوكية لغرض التشخيص والخدمات ، على النحو الوارد أعلاه ، المتابعة و / أو التعليم. أثناء خدمات الرعاية الصحية عن بعد، قد تتم مناقشة تفاصيل تاريخي الصحي والطبي والسلوكي ومعلوماتي الصحية الشخصية معي و/أو غيرهم من المهنيين الصحيين من خلال تقنية الاتصالات.

يتمثل الخطر المحتمل لخدمات الرعاية الصحية عن بعد في أنه قد يكون هناك عطل جزئي أو كامل في المعدات المستخدمة مما قد يؤدي إلى عدم قدرة موظفي الصحة السلوكية على إكمال خدمات الصحة السلوكية. قد يكون الخطر المحتمل الآخر للرعاية الصحية عن بعد هو أنه بسبب حالتي الصحية السلوكية المحددة ، أو بسبب مشاكل فنية ، قد تظل الاستشارة الشخصية ضرورية بعد موعد الرعاية الصحية عن بعد. بالإضافة إلى ذلك ، في حالات نادرة ، قد تفشل بروتوكولات الأمان مما يتسبب في خرق الخصوصية. سيكون البديل للرعاية الصحية عن بعد هو الموعد الشخصي.

أفهم ما يلي فيما يتعلق بالمشاركة في خدمات الرعاية الصحية عن بعد:

- لدي الحق في الوصول إلى الخدمات شخصيا أو من خلال الرعاية الصحية عن بعد (عندما تكون متاحة ومناسبة سريريا)
- يعد استخدام الرعاية الصحية عن بعد طوعيا، ويجوز لي سحب الموافقة على استخدام الرعاية الصحية عن بعد في أي وقت دون التأثير على قدرتي على الوصول إلى الخدمات المشمولة ببرنامج Medi-Cal في المستقبل
- تتوفر خدمات النقل غير الطبي للوصول إلى الخدمات الشخصية عند استنفاد الموارد الأخرى المتاحة بشكل معقول
- تتوفر خدمات الترجمة ، إذا لزم الأمر

- يجب أن أكون في ولاية كاليفورنيا في الوقت الذي يتم فيه تقديم خدمة الرعاية الصحية عن بعد
- لا يوجد تسجيل فيديو أو صوت دائم لجلسات الرعاية الصحية عن بعد والخدمات الهاتفية.
- تنطبق جميع تدابير حماية السرية الحالية بموجب القانون الفيدرالي وقانون كاليفورنيا على المعلومات المستخدمة أو التي يتم الكشف عنها أثناء خدمات الرعاية الصحية عن بعد والخدمات الهاتفية.
- أفهم أن لدي الحق في جميع حماية السرية سواء تم تقديم الخدمات لي شخصياً أو عبر الهاتف أو الرعاية الصحية عن بعد.
- أفهم أن لدي الحق في الوصول إلى جميع المعلومات الطبية / الصحة العقلية المرسله ونسخها.
- يجب ألا يكون هناك نشر أي صور أو معلومات إلى كيانات أخرى دون موافقة خطية أخرى وتقويض بالإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية (PHI).
- أدرك أنني مسؤول مسؤولية كاملة عن أي تكاليف بما في ذلك الرسوم الزائدة على هاتفي و / أو خطة البيانات المرتبطة بتلقي خدمات الرعاية الصحية عن بعد و / أو الاتصالات الهاتفية.

إذا كنت عضواً في برنامج (Orange MHP) Medi-Cal و/أو (DMC-ODS)، فإنني أدرك أنني أحتفظ بالحق في طلب خدمات أخرى قابلة للاسترداد من برنامج Medi-Cal أو Short Doyle/Medi-Cal أو خدمات الصحة العقلية المتخصصة ولدي الحق في طلب تغيير مقدم الخدمة و/أو موظف و/أو معالج و/أو مدير حالة.

قد يتم الاتصال بي بعد انتهاء مشاركتي في البرنامج لتقييم تقدمي وحالتي. أفهم أنني قد أختار عدم الإجابة على أي أسئلة في ذلك الوقت إذا كنت لا أريد في ذلك.

أنا مقتنع بأنني تلقيت جميع المعلومات التي أحتاجها لاتخاذ قرار مستنير بشأن خدمات الرعاية الصحية الشخصية وخدمات الرعاية الصحية عن بعد. تم شرح مخاطر وفوائد وعواقب خدمات العلاج لي. لقد أتيت لي الفرصة لطرح أسئلة حول هذه المعلومات وتم الإجابة على جميع أسئلتي. أقر بأنني قد قرأت وفهمت وأوافق على ما ورد أعلاه وسألتقى نسخة من نموذج الموافقة هذا. في حالة الطوارئ ، سيتم تزويدي بنسخة من هذه الموافقة في أقرب وقت ممكن ، عبر البريد أو شخصياً.

بالتوقيع أدناه ، أوافق على خدمات الصحة السلوكية.
 ومع ذلك ، لا أوافق على تلقي الخدمات من خلال الرعاية الصحية عن بعد في الوقت الحالي (تحقق فقط إذا كنت ترفض).

| | |
|--|---|
| اسم العضو / المشارك Member/Participant Name | |
| توقيع العضو / المشارك Member/Participant Signature | تاريخ Date |
| بالعضو Responsible Party/Representative Name | علاقة اسم الجهة المسؤولة / الممثل Relationship to Member |
| توقيع الطرف المسؤول / الممثل Responsible Party/Representative Signature | تاريخ Date |
| توقيع المزود / الشاهد Provider/Witness Signature | تاريخ Date |

المترجم بواسطة (الاسم)
Translated Language

تمت ترجمة هذا النموذج إلى طرف
اللغة العضو / المسؤول
This form was translated to the
Member/Responsible Party by (Name)