

سازمان مراقبت های سلامتی اورنج کانتی خدمات سلامت رفتار موافقت آگاهانه برای دریافت خدمات شامل خدمات سلامتی از راه دور

موافقت آگاهانه برای دریافت خدمات

مطابق با قانون موجود، موارد زیر برای من توضیح داده شده است: ماهیت و هدف ارزیابی پیشنهاد شده (ممکن است شامل تست روانشناختی باشد)، ماهیت روان درمانی، درمان های جایگزینی، وسایر روش های درمانی از جمله پیشنهاد برای عدم درمان، و من درک میکنم که ریسک هم وجود دارد. من موافقت می کنم که خدمات زیر را در صورت لزوم برای سلامتی و حال خوب من، به صورت حضوری یا از طریق سلامتی از راه دور ارائه شود:

1. ارزیابی
2. برنامه ریزی کردن
3. توانبخشی روانی اجتماعی
4. مشاوره یا درمان فردی
5. آموزش یا درمان گروهی
6. کمکهای دارویی
7. مدیریت هدفمند پرونده شما (به عنوان مثال، ارجاع و یا انتقال دادن)
8. خدمات با همراهان
9. غربالگری تحت نظارت برای مصرف مواد مخدر و سایر داروهایی که بر سلامت و رفاه من تأثیر می گذارند

من درک می کنم که مشارکت در توزیع سازماندهی شده درمان مصرف مواد مخدرمدیکل (DMC-ODS) یا برنامه درمان سلامت روان (MHP) داوطلبانه است و نباید به عنوان پیش نیاز دسترسی به سایر خدمات اجتماعی در نظر گرفته شود.

من درک می کنم که خدمات فوق ممکن است به صورت حضوری یا از طریق سلامتی از راه دور، در صورت موجود بودن و تشخیص مناسب بودن آن توسط ارائه دهنده من، به من ارائه شود.

سلامتی از راه دور شامل ارتباط صوتی (تلفنی) به تنهایی و یا همراه با تماس ویدیوی همزمان با من است، که برای مشورت با ارائه دهنده مراقبت های سلامتی و/یا بررسی خدمات ارائه شده سلامتی رفتار من به منظور تشخیص، و ارائه خدماتی که در بالا ذکر شده، پیگیری و/یا آموزش است. در طول خدمات سلامتی از راه دور، جزئیات پرونده سلامت پزشکی و رفتاری و اطلاعات مربوط به سلامت شخصی من ممکن است از طریق فناوری مخابرات با من و/یا سایر متخصصان بهداشت و سلامت مورد بحث قرار گیرد.

ریسک احتمالی خدمات سلامتی از راه دور این است که ممکن است خرابی جزئی یا کامل تجهیزات مورد استفاده وجود داشته باشد که می تواند منجر به ناتوانی کارکنان سلامتی رفتار در تکمیل خدمات سلامتی رفتار شود. یکی دیگر از ریسکهای احتمالی خدمات سلامتی از راه دور می تواند این باشد که به دلیل وضعیت خاص سلامت رفتاری من، یا به دلیل مشکلات فنی، ممکن است پس از قرار ملاقات از راه دور، مشاوره حضوری همچنان ضروری باشد. علاوه بر این، احتمال خیلی کم وجود دارد که پروتکل های امنیتی ششکسته بشه و باعث نقض حریم خصوصی شوند. جایگزین سلامتی از راه دور، قرار ملاقات حضوری خواهد بود.

من موارد زیر را در رابطه با شرکت در خدمات سلامتی از راه دور درک می کنم:

- من حق دسترسی به خدمات را به صورت حضوری و یا از طریق سلامتی از راه دور (در صورت موجود بودن و از نظر بالینی مناسب باشد) را دارم
- استفاده از خدمات سلامتی از راه دور داوطلبانه است و من ممکن است در هر زمان رضایت خود را برای استفاده از سلامتی از راه دور در آینده پس بگیرم بدون اینکه تأثیری بر توانایی من برای دسترسی به خدمات تحت پوشش مدیکل بگذارد
- خدمات حمل و نقل غیر پزشکی برای دسترسی به خدمات حضوری زمانی در دسترس است که سایر منابع موجود به طور منطقی به پایان رسیده باشد
- خدمات ترجمه در صورت نیاز در دسترس است

- من باید در زمان ارائه خدمات سلامتی از راه دور در ایالت کالیفرنیا باشم
 - هیچ ضبط ویدیویی یا صوتی دائمی از جلسات خدمات سلامتی از راه دور و تلفنی نگهداری نمی شود.
 - تمام حفاظت های امنیتی برای اطلاعات محرمانه موجود تحت قوانین فدرال و کالیفرنیا در مورد اطلاعات مورد استفاده یا افشای خدمات از راه دور و خدمات تلفنی اعمال می شود.
 - من درک می کنم که حق دارم از تمام حمایت های محرمانه امنیتی برخوردار باشم، چه خدمات به صورت حضوری، چه از طریق تلفن یا از راه دور به من ارائه شود.
 - من درک می کنم که حق دسترسی و کپی از تمام اطلاعات پزشکی/سلامت روان انتقالی را دارم.
 - هیچ گونه تصویر یا اطلاعاتی بدون رضایت کتبی قبلی و مجوز افشای/ازاد کردن اطلاعات بهداشتی محافظت شده (ATD) (PHI) به سایر نهادها منتشر نخواهد شد.
 - من درک می کنم که مسئولیت کامل هر گونه هزینه از جمله هزینه های اضافی تلفن و/یا طرح داده های مرتبط با دریافت خدمات سلامتی از راه دور و/یا تلفنی را بر عهده دارم.
- اگر عضو مدیکل (اورنج MHP و/یا DMC-ODS) باشم، می دانم که این حق را برای خود محفوظ دارم که سایر خدمات قابل بازپرداخت شامل مدیکل، Short Doyle/Medi-Cal، یا خدمات تخصصی سلامت روان را درخواست کنم و این حق را دارم که درخواست تغییر ارائه دهنده خود، کارکنان، درمانگر و/یا مدیر پرونده ام را داشته باشم.

ممکن است پس از پایان شرکت در برنامه درمانی با من تماس گرفته شود تا پیشرفت و وضعیت من را ارزیابی کنند. من درک می کنم که اگر نخواهم ممکن است تصمیم بگیرم که به هیچ سوالی پاسخ ندهم.

من از همه اطلاعات مورد نیاز که برای تصمیم گیری آگاهانه در مورد خدمات حضوری و سلامتی از راه دور که دریافت کرده ام راضی هستم. ریسک، مزایا و پیامدهای خدمات درمانی برای من توضیح داده شده است. من فرصتی برای پرسیدن سوال در مورد این اطلاعات داشته ام و به تمام سوالات من پاسخ داده شده است. من گواهی می دهم که موارد فوق را خوانده ام، درک کرده ام و با آن موافق هستم و یک نسخه از این فرم رضایت نامه را دریافت خواهم کرد. یک نسخه از این توافقنامه از طریق ایمیل یا نامه و یا حضوری در اولین فرصت به من ارائه می شود.

با امضای زیر، با خدمات سلامت رفتار موافقت می کنم.
 هر چند من در حال حاضر با دریافت خدمات از طریق سلامتی از راه دور موافقت نمی کنم (فقط در صورت رد شدن بررسی کنید).

Member / Participant Name نام عضو/شرکت کننده

Member / Participant Signature امضای عضو/شرکت کننده

Responsible Party / Representative Name نام طرف مسئول/ نماینده

Responsible Party Signature امضای طرف مسئول/ نماینده

Provider / Witness Signature امضای ارائه دهنده / شاهد

Date تاریخ امضا

Relationship to Member رابطه با عضو

Date تاریخ امضا

Date تاریخ امضا

This form was translated to the Member / Responsible Party by (Name) (نام مترجم)

Translated Language زبان ترجمه شده