

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ ПО ОХРАНЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОКРУГА ОРАНЖ

Информированное согласие на получение услуг

В соответствии с действующим законодательством мне было разъяснено следующее: характер и цель предлагаемого обследования (может включать психологическое тестирование), суть психотерапии, альтернативные и другие методы лечения, включая возможность отказа от лечения, и я понимаю связанные с этим риски. Я даю согласие на получение следующих услуг, которые могут потребоваться для улучшения моего здоровья и самочувствия, как в формате очного приема, так и в формате телемедицины:

1. Оценка состояния
2. Разработка плана лечения
3. Психосоциальная реабилитация
4. Индивидуальное консультирование или терапия
5. Групповое обучение или терапия
6. Медикаментозная поддержка
7. Целевое ведение пациента (например, направление к специалистам, помощь в установлении связей)
8. Услуги равного консультирования
9. Контролируемое обследование на наличие веществ и наркотиков, влияющих на мое здоровье и самочувствие

Я понимаю, что участие в программе «Система организованной помощи наркозависимым на основе программы Medi-Cal» (Drug Medi-Cal Organized Delivery Systems, DMC-ODS) или в Плане психиатрической помощи (Mental Health Plan, МНР) является добровольным и не считается обязательным условием для получения других общественных услуг.

Я понимаю, что указанные выше услуги могут предоставляться мне в формате очного приема или в формате телемедицины, если он доступен и целесообразен с медицинской точки зрения.

Телемедицина подразумевает использование синхронной аудио- или видеосвязи для взаимодействия со мной, консультаций с моим поставщиком медицинских услуг и/или изучения моей медицинской и поведенческой истории с целью диагностики, предоставления указанных выше услуг, последующего наблюдения и/или обучения. Во время оказания телемедицинских услуг детали моей медицинской и поведенческой истории, а также личная информация о здоровье могут обсуждаться со мной и/или другими медицинскими специалистами с использованием телекоммуникационных технологий.

Потенциальный риск телемедицинских услуг заключается в том, что может произойти частичный сбой или полный отказ оборудования, используемого для связи, что может привести к невозможности завершить оказание услуг по охране психического здоровья. Другим возможным риском телемедицины может быть то, что из-за моего конкретного состояния психического здоровья или технических проблем после сеанса телемедицины может потребоваться очная консультация. Кроме того, в редких случаях могут произойти сбои в работе протоколов безопасности, что приведет к нарушению конфиденциальности. Альтернативой телемедицинским услугам является очный прием.

В отношении участия в сеансах телемедицины я понимаю следующее:

- У меня есть право получать услуги очно или посредством телемедицины (если это возможно и целесообразно с клинической точки зрения).
- Использование телемедицины является добровольным, и я могу отозвать свое согласие на ее использование в любое время без ущерба для моего права получать услуги, покрываемые Medi-Cal, в будущем.
- Для посещения очных приемов доступны услуги немедицинской транспортировки, если другие доступные ресурсы были разумно исчерпаны.
- При необходимости предоставляются услуги перевода.

- Во время оказания телемедицинских услуг я должен(-на) находиться в штате Калифорния.
- Видеозапись или запись голоса во время сеансов телемедицины и консультаций по телефону не ведется непрерывно.
- Все существующие меры защиты конфиденциальности, предусмотренные федеральным законодательством и законодательством штата Калифорния, распространяются на информацию, используемую или раскрываемую в ходе сеансов телемедицины и консультаций по телефону.
- Я понимаю, что имею право на защиту конфиденциальности независимо от того, предоставляются ли мне услуги очно, по телефону или посредством телемедицины.
- Я понимаю, что имею право на доступ к переданной медицинской информации / информации о моем о психическом здоровье и получение ее копий.
- Передача любых изображений или информации другим учреждениям без дополнительного письменного согласия и разрешения на разглашение (Authorization to Disclose, ATD) защищенной медицинской информации (Protected Health Information, PHI) запрещается.
- Я понимаю, что несу полную ответственность за любые расходы, включая плату за перерасход средств на моем телефоне и/или в моем тарифном плане, связанные с получением телемедицинских услуг и/или консультации по телефону.

Если я являюсь участником программы Medi-Cal (Orange MHP и/или DMC-ODS), я понимаю, что сохраняю за собой право запрашивать другие покрываемые услуги Medi-Cal, Short Doyle/Medi-Cal или специализированные услуги по охране психического здоровья, и имею право потребовать смены поставщика медицинских услуг, сотрудника, терапевта и/или координатора дела.

После завершения моего участия в программе со мной могут связаться для оценки моего прогресса и состояния. Я понимаю, что могу не отвечать на вопросы, если не хочу этого делать.

Я удовлетворен(-а) тем, что получил(-а) всю необходимую информацию для принятия обоснованного решения о получении услуг в очном формате или в формате телемедицины. Мне были объяснены риски, преимущества и возможные последствия предоставляемых услуг. У меня была возможность задать вопросы по поводу этой информации, и на все мои вопросы были даны ответы. Я подтверждаю, что прочитал(-а), понял(-а) и согласен(-сна) с изложенной выше информацией, и мне будет предоставлена копия этой формы согласия. В экстренной ситуации мне будет предоставлена копия этого согласия, как только это станет возможным, по почте или лично.

Поставив свою подпись ниже, я даю согласие на получение услуг по охране психического здоровья.

Однако, в настоящее время я НЕ даю согласие на получение услуг в формате телемедицины (отметьте только в случае отказа).

Имя и фамилия участника
Member/Participant Name

Подпись участника
Member/Participant Signature

Дата
Date

Имя и фамилия ответственного лица /
представителя
Responsible Party/Representative Name

Кем приходится участнику
Relationship to Member

КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ
Закон «О социальном обеспечении штата Калифорния»
(Cal. W&I code), § 5328

Свод федеральных нормативных актов (Code of Federal
Regulations, CFR), глава 42, часть 2; Свод федеральных
нормативных актов, глава 45, части 160 и 164

Подпись ответственного лица / представителя
Responsible Party/Representative Signature

Дата
Date

Подпись поставщика медицинских услуг /
свидетеля
Provider/Witness Signature

Дата
Date

Перевод настоящей формы для участника /
ответственного лица выполнил(-а) (Имя и
фамилия)
This form was translated to the Member/Responsible
Party by (Name)

Язык перевода
Translated Language