

CONFIDENTIAL PATIENT INFORMATION
Cal. W&I code, § 5328
42 CFR Part 2, 45 CFR Parts 160 & 164

CƠ QUAN Y TẾ QUẬN CAM DỊCH VỤ SỨC KHỎE TÂM THẦN ĐỒNG Ý VÀ HIỂU BIẾT ĐỐI VỚI CÁC DỊCH VỤ

Sự Đồng Ý Và Hiểu Biết Đối Với Các Dịch Vụ

Thế theo luật hiện hành, những điều sau đây đã được giải thích cho tôi: bản chất và mục đích của sự đánh giá (có thể bao gồm việc kiểm tra tâm lý), bản chất của trị liệu tâm lý, các phương pháp trị liệu thay thế, và các phương pháp trị liệu khác bao gồm phương pháp thay thế không cần điều trị, và tôi hiểu rằng những rủi ro có thể xảy ra. Tôi đồng ý chấp nhận các dịch vụ sau đây được cung cấp, nếu cần thiết cho sức khỏe và thể chất của tôi, bằng cách trực tiếp hoặc thông qua sức khỏe viễn thông sức khỏe trực tuyến:

1. Xem Xét
2. Phát Triển Kế Hoạch
3. Phục Hồi Tâm Lý Xã Hội
4. Tư Vấn Hoặc Trị Liệu Cá Nhân
5. Giáo Dục Hoặc Trị Liệu Nhóm
6. Hỗ Trợ Thuốc
7. Quản Lý Trường Hợp Có Mục Tiêu (Ví Dụ: Giới Thiệu, Kết Nối)
8. Các Dịch Vụ Hỗ Trợ Bạn Bè
9. Theo dõi sàng lọc chất gây nghiện và ma túy khác có thể làm tổn hại đến sức khỏe và thể chất của tôi

Tôi hiểu rằng việc tham gia vào Tổ Chức Hệ Thống Phân Phối Thuốc Medi-Cal (DMC-ODS) hoặc Chương Trình Sức Khỏe Tâm Thần (MHP) là tự nguyện và sẽ không được coi là điều kiện bắt buộc để nhận các dịch vụ khác trong cộng đồng.

Tôi hiểu rằng các dịch vụ bên trên có thể được cung cấp cho tôi trực tiếp hoặc bằng sức khỏe trực tuyến, nếu như các dịch vụ này có sẵn và được cho là cần thiết bởi nhà cung cấp dịch vụ.

Sức Khỏe Trực Tuyến liên quan đến việc sử dụng âm thanh hai chiều hoặc video hai chiều để tương tác với tôi, để tham khảo ý kiến của nhà cung cấp dịch vụ của tôi và/hoặc xem xét thông tin y tế và sức khỏe hành vi của tôi nhằm cho mục đích chẩn đoán, cho các dịch vụ như đã nói bên trên, để theo dõi và/hoặc tư vấn giáo dục. Trong quá trình cung cấp dịch vụ sức khỏe trực tuyến, các chi tiết y tế và tóm tắt lịch sử sức khỏe hành vi của tôi và các thông tin sức khỏe cá nhân có thể được bàn thảo với tôi và/hoặc các nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe trực tuyến qua công nghệ viễn thông.

Sự rủi ro có thể xảy ra với dịch vụ sức khỏe trực tuyến là có thể xảy ra do lỗi một phần hoặc toàn phần do các thiết bị được sử dụng dẫn đến việc nhân viên sức khỏe hành vi không thể hoàn thành các dịch vụ sức khỏe hành vi. Một rủi ro khác của sức khỏe trực tuyến có thể là do tình trạng sức khỏe hành vi cụ thể của tôi, hoặc do vấn đề kỹ thuật, cách gặp mặt trực tiếp vẫn là điều cần thiết sau khi đã có cuộc hẹn sức khỏe viễn thông. Ngoài ra, trong vài trường hợp hiếm hoi, các hình thức bảo mật thông tin có thể là nguyên nhân gây ra vi phạm quyền riêng tư. Một cách thay thế khác cho sức khỏe sức khỏe trực tuyến sẽ là một cuộc hẹn gặp mặt trực tiếp.

Tôi hiểu những điều sau đây liên quan đến việc tham gia dịch vụ sức khỏe trực tuyến:

- Tôi có quyền được nhận các dịch vụ trực tiếp hoặc thông qua sức khỏe trực tuyến (nếu có sẵn và cần thiết về lâm sàng)
- Việc sử dụng sức khỏe trực tuyến là tự nguyện, và tôi có thể rút lại sự đồng ý sử dụng sức khỏe trực tuyến bất cứ lúc nào mà không bị ảnh hưởng đến khả năng tiếp nhận các dịch vụ được Medi-Cal chi trả trong tương lai.
- Các dịch vụ vận chuyển không y tế có sẵn để tiếp cận các dịch vụ trực tiếp khi các nguồn lực có sẵn khác đã cạn kiệt hợp lý.

- Các dịch vụ thông dịch có sẵn, nếu cần.
- Tôi phải ở tiểu bang California trong thời gian nhận các dịch vụ sức khỏe trực tuyến.
- Sẽ không có thu âm hoặc video được lưu giữ vĩnh viễn về các buổi gặp thông qua sức khỏe sức khỏe trực tuyến và y tế bằng điện thoại.
- Tất cả các biện pháp bảo mật thông tin hiện có theo luật Liên Bang và California được áp dụng cho các thông tin được sử dụng hoặc tiết lộ trong các dịch vụ sức khỏe sức khỏe trực tuyến và y tế qua điện thoại.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền được hưởng các biện pháp bảo mật thông tin cho dù các dịch vụ được cung cấp cho tôi bằng cách trực tiếp, qua điện thoại, hoặc sức khỏe trực tuyến.
- Tôi hiểu là tôi có quyền được tiếp nhận và sao chép các thông tin về sức khỏe y tế/sức khỏe tâm thần đã được truyền tải.
- Sẽ không được phổ biến bất kỳ hình ảnh hay thông tin nào của tôi cho các tổ chức khác mà không có sự đồng ý thêm bằng văn bản và đơn Ủy Quyền Tiết Lộ Thông Tin (ATD) Bảo Mật Thông Tin Sức Khỏe (PHI).
- Tôi hiểu rằng tôi sẽ hoàn toàn chịu trách nhiệm về mọi chi phí bao gồm chi phí sử dụng điện thoại quá mức và/hoặc gói dữ liệu điện thoại liên quan đến việc nhận các dịch vụ sức khỏe trực tuyến và/hoặc y tế qua điện thoại.

Nếu tôi là thành viên của Medi-Cal (Chương Trình Sức Khỏe Tâm Thần Quận Cam và/hoặc Tổ Chức Phân Phối Thuốc Medi-Cal), tôi hiểu rằng tôi có quyền yêu cầu các dịch vụ được chi trả khác của Medi-Cal, hoặc Sức Khỏe Tâm Thần Chuyên Khoa và có quyền được yêu cầu thay đổi nhà cung cấp dịch vụ, nhân viên, nhân viên trị liệu, và/hoặc nhân viên quản lý hồ sơ.

Tôi có thể được liên lạc sau khi việc tham gia chương trình của tôi đã kết thúc để góp ý tiến độ và tình trạng của tôi. Tôi hiểu rằng tôi có thể chọn không trả lời bất cứ câu hỏi nào vào lúc này nếu tôi muốn.

Tôi hài lòng khi tôi đã nhận tất cả các thông tin cần thiết để đưa ra các quyết định đúng đắn về các dịch vụ trực tiếp và sức khỏe trực tuyến. Những rủi ro, lợi ích và hậu quả của các dịch vụ trị liệu đã được giải thích cho tôi. Tôi cũng đã có cơ hội thắc mắc về những thông tin này và tất cả các câu hỏi của tôi đã được giải đáp. Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc, hiểu, và đồng ý với những điều trên và sẽ được nhận bản sao của đơn đồng ý này. Trong trường hợp khẩn cấp, tôi sẽ được cung cấp một bản sao của đơn đồng ý này ngay khi có thể, thông qua thư hoặc gặp trực tiếp.

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi đồng ý với Dịch Vụ Sức Khỏe Tinh Thần.

Tuy nhiên, TÔI KHÔNG MUỐN đồng ý để nhận các dịch vụ thông qua Sức Khỏe Trực Tuyến vào lúc này (đánh dấu vào ô vuông nếu từ chối)

Thành Viên / Tên Người Tham Gia
Member/Participant Name

Thành Viên / Chữ Ký Người Tham Gia
Member/Participant Signature

Người Chịu Trách Nhiệm / Tên Người Đại Diện
Responsible Party/Representative Name

Người Chịu Trách Nhiệm / Chữ Ký Người Đại Diện
Responsible Party/Representative Signature

Ngày
Date

Liên Hệ Với Thành Viên
Relationship to Member

Ngày
Date

Nhà Cung Cấp Dịch Vụ / Chữ Ký Nhân Chứng
Provider/Witness Signature

Ngày
Date

Đơn này đã được dịch sang cho Thành Viên / Chịu
Trách Nhiệm Bởi (Tên)
This form was translated to the
Member/Responsible Party by (Name)

Ngôn Ngữ Dịch
Translated Language