



오렌지 카운티 보건소
정신건강 서비스
서비스 관련 제공받은 정보 동의서 및 원격 진료 동의

서비스 관련 제공받은 정보 동의서

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 직접 또는 원격 진료를 통해 다음 서비스에 대해, 저는 동의합니다:

1. 판정
2. 치료 계획 발달
3. 심리사회적 재활
4. 일대일 상담 또는 치료
5. 집단 교육 또는 치료
6. 투약 지원
7. 목표 중심 사례 관리(예: 참조, 연결)
8. 공인 동료 지원 서비스
9. 본인의 건강과 웰빙에 영향을 미치는 약물과 기타 마약 복용에 관한 관찰 보고

본인은 오렌지 카운티 마약 메디칼 조직전달 시스템 Drug Medi-Cal Organized Delivery Systems (DMC-ODS) 또는 오렌지 카운티 정신건강플랜 Mental Health Plan(MHP) 참여하는 것이 자발적인 것이며, 다른 커뮤니티 서비스를 이용하기 위한 전제 조건으로 간주되지 않는다는 것을 이해합니다.

본인의 위의 서비스들이 대면서비스 및 원격의료 의한 서비스로 제공될 수 있으며, 사용 가능하고 본인의 서비스 제공자의 판단에 따라 제공될 수 있음을 이해합니다.

원격의료는 본인과 소통, 본인의 의료진과 상의 및/또는 진단, 위와 같은 서비스, 후속 조치 및 교육을 위하여 본인의 의료 및 정신건강 기록 검토 등을 동기 오디오 전용 또는 동기 비디오를 통해 하는 것을 말합니다. 본인의 원격의료 의한 진단시, 본인의 의료 및 정신 건강 히스토리 그리고 개인 건강 정보 등의 세부 사항을 전기 통신 기술을 통해 논하게 될 수 있습니다.

원격의료 의한 서비스의 잠재적 위험요인은 사용되는 장비가 부분적 또는 완전히 고장 날 경우 정신건강 스태프가 정신건강 서비스를 마치지 못할 수 있는 것 입니다. 또 다른 잠재적 위험요인은 본인의 정신건강 상태 또는 기술적인 문제들로 인하여, 원격의료 의한 서비스 이후에도 대면상담이 필요할 수 있는 것 입니다. 또한, 드문 경우에, 보안 프로토콜의 고장으로 인하여 사생활 침해를 초래할 수 있습니다. 원격의료 의한 서비스의 대안은 대면상담입니다.

본인은 원격의료 및 전화에 의한 서비스 참여에 관련된 다음의 사항들을 이해합니다:

- 가능하고 임상적으로 적절한 경우, 본인은 직접 또는 원격 진료를 통해 서비스를 받을 권리가 있습니다.
- 원격 진료 이용은 자발적이며, 미래에 Medi-Cal 적용 서비스를 이용하는 데 영향을 미치지 않고 언제든지 원격 진료 이용에 대한 동의를 철회할 수 있습니다.
- 다른 이용 가능한 리소스가 합리적으로 고갈된 경우 비의료 운송 서비스를 통해 직접 서비스에 접근할 수 있습니다.
- 필요한 경우 번역 서비스를 이용할 수 있습니다.
- 원격 진료 서비스가 제공되는 시점에 본인은 캘리포니아주에 있어야 합니다.
- 원격의료 및 전화에 의한 서비스 세션의 녹화 또는 녹음은 보관하지 않습니다.
- 비밀보호 관련된 기존의 연방법 및 캘리포니아 모든 법은 원격의료 및 전화에 의한 서비스에 적용됩니다.
- 본인은 직접 내담, 전화, 또는 원격의료 등 서비스 전달 방식에 상관없이 비밀보호에 관한 모든 권리가 있음을 이해합니다.
- 본인은 본인의 모든 의료/정신 건강 기록의 사본을 요청할 수 있는 권리가 있음을 이해합니다.
- 추가 서면 동의와 Authorization to Disclose (ATD) Protected Health Information (PHI) (개인건강정보 제공 허가) 없이 영상이나 정보를 다른 기관들에 절대 유보하지 않습니다.
- 본인은 원격의료 및 전화에 의한 서비스 수혜로 인해 발생하는 추가 전화요금 및 데이터 플랜 비용에 대해 본인에게 전적으로 책임이 있음을 이해합니다.

본인이 메디칼 수혜자일 경우 (오렌지 카운티 정신건강플랜 또는 오렌지 카운티 마약 메디칼 조직 전달 시스템), 본인의 다른 메디칼 또는 Short Doyle/Medi-Cal 또는 특수 정신건강 지급가능 서비스 요구권이 있으며, 시행자, 실무자, 치료자 및/또는 사례관리자의 변경을 요청할 권리가 있음을 이해합니다.

본인의 프로그램 참여가 끝난 뒤 본인의 진전과 상태를 평가하기 위하여 본인에게 연락이 올 수도 있습니다. 본인이 원하지 않을 경우에는 어떤 질문에도 답변하지 않아도 된다는 것을 이해합니다

본인의 직접 또는 원격 진료를 통해 서비스와 관련하여 결정을 내리기 위해 필요한 모든 정보를 제공받았으며, 이에 만족합니다. 본인은 치료 서비스와 관련된 위험요소, 이득, 그리고 결과에 대해서 설명 들었습니다. 본인은 이 정보에 관한 질문을 할 기회가 있었으며, 모든 질문에 대한 답을 얻었습니다. 본인은 위의 내용을 읽고, 이해하고, 여기에 동의하며 사본 1 부를 받을 것을 확인합니다. 비상사태 시, 이 동의서의 사본 1부를 가능한 빨리 우편 또는 직접 받게 될 것 입니다.

아래에 서명함으로써, 본인은 행동 건강 서비스에 동의합니다.

☐ 하지만 저는 현재 원격 진료를 통한 서비스 수신에 동의하지 않습니다 (거부하는 경우에만 표시하십시오).

☐ 하지만 저는 현재 원격 진료를 통한 서비스 수신에 동의하지 않습니다 (거부하는 경우에만 표시하십시오).

수혜자/참여자 이름
Member/Participant Name

수혜자/참여자 서명
Member/Participant Signature

책임 당사자/대리인 이름
Responsible Party/Representative Name

책임 당사자/대리인 서명
Responsible Party/Representative Signature

서비스 제공자/증인 서명
Provider/Witness Signature

이 문서는 수혜자/책임 당사자에게 (이름)에
의해 통역되었습니다
This form was translated to the
Member/Responsible Party by (Name)

날짜
Date

수혜자와의 관계
Relationship to Member

날짜
Date

날짜
Date

통역된 언어
Translated Language