

## 원격 의료 (Telehealth) 이메일 승인 양식

아래 서명한 수혜자/클라이언트\* 또는 책임있는 당사자\*\*는

\_\_\_\_\_ (클리닉 및 프로그램 이름)

의 오렌지 카운티 보건국 (OCHCA) 정신 건강 서비스 (BHS) 정신 건강 플랜 (MHP) 및 약물 사용 장애 (SUD) / 약물 메디칼 조직 제공 시스템 (DMC-ODS) 서비스 제공자에게 다음과 같은 목적아래 이메일 통신을 허락합니다:

- 원격 의료 예약
- 원격 의료 예약 통보 (Reminder)

아래 서명한 수혜자/클라이언트는 다음사항들을 이해합니다:

1. 응급시에는 절대 이메일을 사용하지 않습니다. 이메일 시스템은 24시간 모니터링 되지 않으며 이메일의 전달 속도가 보장되지 않습니다. 만약 정신적 응급상황에 처한다면 Crisis Assessment Team (CAT) 866.830.6011으로 연락합니다. 만약 생명이 위험한 응급상황에 처한다면 911에 연락하거나 가장 가까운 응급실로 갑니다.
2. 이메일 통신 허락은 수혜자/클라이언트의 요청에 한합니다.
3. 이메일은 진단 및 치료 목적으로 절대 사용되지 않으며, 이메일을 통한 진단 및 치료 요청은 받지 않습니다.
4. 이메일은 인스턴트 메시지가 아닙니다. 이메일 발송시 답장을 받지 못할 것을 이해합니다.
5. 이 승인 양식에 서명함으로써, OCHCA BHS MHP/DMC-ODS이 원격 의료 예약 관련 정보를 나에게 이메일로 발송하는 것을 허락합니다.
6. 만약 이메일 통신이 나에게 가장 적합한 통신방법이 아니라고 판단 되었을 경우, 언제든지 나 또는 OCHCA BHS MHP/DMC-ODS의 서비스 제공자에게 의해 이메일 통신이 폐지될 수 있습니다.
7. 허가되지 않은 이메일 사용은 OCHCA BHS MHP and SUD/DMC-ODS 서비스 제공자에게 최대한 빨리 알립니다.
8. OCHCA은 이메일을 통해 기밀을 전달하지 않으나, 부주의로 인해 다른 이메일주소로 이메일이 발송될 수 있는 위험이 있음을 이해합니다

나는 이 문서를 주의 깊게 검토하였고 위의 내용을 이해합니다. 아래에 서명함으로써, 위에 표기된 목적으로 이메일 사용하는 것을 승인합니다.

수혜자/클라이언트\* 성명 (인쇄체) \_\_\_\_\_ 수혜자/클라이언트\* 서명 \_\_\_\_\_ 이메일 주소 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

책임있는 당사자\*\* 성명 (인쇄체) \_\_\_\_\_ 책임있는 당사자\*\* 서명 \_\_\_\_\_ 수혜자와의 관계 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

이 수혜자/클라이언트 및/또는 책임있는 당사자를 위해 \_\_\_\_\_ (통역사 이름)이 \_\_\_\_\_ (언어) 어로 통역 되었음.  
수혜자 및/또는 책임있는 당사자이 이 서식의 번역본에 서명을 한 경우, 해당 번역본이 영어 문서에 첨부되어야 함.

본인은 위에 언급한 정보와 이메일 주소가 사실임을 확인했습니다: \_\_\_\_\_

Orange MHP 영문의 이름과 성

\_\_\_\_\_ 에 \_\_\_\_\_ 이(가) 본 동의서의 사본을 수혜자에게 제공했음 ; 제공을 거절했음 .

날짜 \_\_\_\_\_ 영문 성명 첫 글자 \_\_\_\_\_

**동의를 철회하는 경우, 반드시 영문이 다음 항목을 작성해야 함.**

수혜자가 이전에 동의했지만, 현재는 철회합니다, 이날자 부터: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Orange MHP 영문의 이름과 성

\_\_\_\_\_ Orange MHP 영문의 성명

\_\_\_\_\_ 날짜

이 기밀 정보는 해당되는 복지 및 시설법(Welfare and Institutions code), 민법, 건강보험의 이전 및 책임에 관한 법(HIPAA) 등의 사생활 기준을 포함하지만 그에 한정되지 않는 주법, 연방법, 규정에 따라 제공됨. 법에 의해 허용되는 경우를 제외하고는, 본 정보와 관련된 고객/위임 받은 대리인의 사전 승인 없이 추가적인 공개를 위해 이 정보를 복제 할 수 없음. 이 정보는 명백히 진술된 본래의 목적이 충족된 이후에는 파기되어야 함.

\* 자신의 서명 하에서 서비스를 제공하는 미성년 고객의 경우, 반드시 임상 기록에 서명된 미성년자 동의서가 들어 있어야 함.

\*\* 책임있는 당사자 = 보호자, 후견인 또는 필요한 경우 미성년자의 부모.