

以下签名的受益人/客户*或责任方**确认/授权奥兰治郡卫生保健局 (Orange County Health Care Agency, OCHCA) 行为健康服务部 (Behavioral Health Services, BHS) 心理健康计划 (Mental Health Plan, MHP) 和药物滥用障碍 (Substance Use Disorder, SUD)/Medi-Cal 有组织药物提供系统 (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) 郡运营提供者:

_____ (机构和/或计划名称):

出于以下目的使用电子邮件与我进行沟通:

- 安排远程医疗预约
- 发送远程医疗预约提醒

以下签名的受益人/客户理解:

1. 电子邮件不应用于紧急情况。电子邮件系统没有 24 小时监控服务, 也不能保证及时发送电子邮件信息。如果您出现精神病紧急情况, 请致电 866.830.6011 联系危机评估小组 (Crisis Assessment Team, CAT)。如果出现威胁生命的紧急情况, 请拨打 911 或前往最近的医院急诊科。
2. 可应受益人/客户的要求确认/授权使用电子邮件。
3. 电子邮件绝不会用于诊断或治疗目的, 通过电子邮件进行评估或治疗请求将不予受理。
4. 电子邮件不是即时通讯系统。我理解如果我发送电子邮件, 我将不会收到回复。
5. 通过签署此确认书, 我同意允许 OCHCA BHS MHP 和 SUD/DMC-ODS 郡运营提供者通过电子邮件向我发送远程医疗预约信息。
6. 如果我或我的 OCHCA BHS MHP 和 SUD/DMC-ODS 郡运营提供者认为电子邮件不是最适合我的沟通方式, 我或我的 OCHCA BHS MHP 和 SUD/DMC-ODS 郡运营提供者可以随时取消使用电子邮件。
7. 任何未经授权使用电子邮件的情况都应尽快向我的 OCHCA BHS MHP 和 SUD/DMC-ODS 郡运营提供者报告。
8. 尽管 OCHCA 不会通过电子邮件发送任何机密信息, 但有可能由于疏忽将发送给我的电子邮件发送到错误的电子邮箱地址。我理解存在这种风险。

我已仔细阅读本文件并理解上述信息。通过在下面签名, 我确认并授权出于上述目的使用电子邮件。

_____	_____	_____	_____
受益人/客户的名字和姓氏	受益人/客户的签名*	电子邮箱地址	日期
_____	_____	_____	_____
责任方**的名字和姓氏	责任方**的签名	与受益人的关系	日期

本表格由 _____ (口译员姓名) 用 _____ (语言) 为受益人/客户和/或责任方翻译。
如果受益人和/或责任方签署了本表格的翻译版本, 则翻译版本必须附在英文版本之后。

以上信息 (包括电子邮箱地址) 已由以下人员确认清晰可辨: _____ 奥兰治 MHP 提供者的名字和姓氏

_____ 于 _____ 向受益人 提供 / 拒绝提供本表格的副本。
提供者的姓名首字母缩写 _____ 日期 _____

如果撤回同意, 则本部分必须由提供者填写。

• 受益人/客户先前曾提供授权, 但现在希望于 _____ (日期) 撤回授权

_____ 奥兰治 MHP 提供者的名字和姓氏 _____ 奥兰治 MHP 提供者的签名 _____ 日期 _____

此机密信息根据州和联邦法律法规提供给您, 包括但不限于适用的《福利和机构法》(Welfare and Institutions Code)、《民法典》(Civil Code) 和《HIPAA 隐私标准》(HIPAA Privacy Standards)。除非法律另行许可, 未经相关受益人/客户授权代表的事先书面授权, 禁止复制此信息以供进一步披露。在原始请求的既定目的实现后, 须销毁此信息。

*未成年人自行签名接受服务时, 必须在临床记录中存档已签署的未成年人同意书。

**责任方 = 受益人/客户的监护人、保护人或父母 (如有必要)。