

وكالة الرعاية الصحية لمقاطعة أورانج  
خدمات الصحة السلوكية  
استمارة الموافقة المسبقة على الخدمات

الموافقة المسبقة العامة للخدمات الصحية عن بعد والخدمات الهاتفية

وفقًا للقانون الحالي، تم شرح ما يلي إلي: طبيعة التقييم المقترح والغرض منه، وطبيعة العلاج النفسي، والعلاجات البديلة، وطرق العلاج الأخرى بما في ذلك البديل لعدم العلاج، وأفهم المخاطر التي تنطوي عليها. أوافق وأصرح بالخدمات التالية اللازمة لصحتي وعافيتي:

1. التقييم
2. الاستشارة أو العلاج
3. التثقيف أو العلاج الجماعي (إذا كان قابلاً للتطبيق ويعد مناسباً)
4. دعم العلاج بالأدوية
5. إدارة الحالة (على سبيل المثال، الإحالات، الارتباط، الاستشارات)
6. فحص المواد والعقاقير الأخرى التي تؤثر على صحتي وعافيتي

أفهم أن الخدمات المذكورة أعلاه قد يتم تقديمها لي عبر الهاتف و/أو من خلال الخدمات الصحية عن بُعد، وحسب ما يعد مناسباً من قبل جهة تقديم الخدمة التي أسعى للحصول على الخدمات من خلالها.

تنطوي الخدمات الصحية عن بعد على استخدام الاتصالات الصوتية أو المرئية أو غيرها من الاتصالات الإلكترونية للتواصل معي، أو التشاور مع مقدم الرعاية الصحية الخاص بي و/أو مراجعة معلومات الصحة الطبية/السلوكية الخاصة بي لغرض التشخيص والعلاج والمتابعة و/أو التثقيف. أثناء إجراء التقييم لي من خلال الخدمة الصحية عن بعد و/أو الهاتف (الخدمة الهاتفية)، يمكن مناقشة تفاصيل تاريخ الصحة الطبية والسلوكية والمعلومات الصحية الشخصية معي و/أو مع الأخصائيين الصحيين الآخرين من خلال استخدام الاتصالات الصوتية والمرئية وتكنولوجيا الاتصالات السلوكية واللاسلكية.

يتمثل الخطر المحتمل للخدمات الصحية عن بعد والخدمات الهاتفية في أنه قد يكون هناك فشل جزئي أو كامل في المعدات المستخدمة مما قد يؤدي إلى عدم قدرة موظفي الصحة السلوكية على إكمال التقييم و/أو خدمات الصحة السلوكية و/أو عمليات وصف العلاج. قد يتمثل أحد المخاطر المحتملة الأخرى للخدمات الصحية عن بعد والخدمات الهاتفية في أنه بسبب حالتي الصحية السلوكية على وجه التحديد، أو بسبب مشكلات فنية، قد تكون الاستشارة وجهاً لوجه ضرورية بعد الخدمات الصحية عن بعد و/أو الموعد الهاتفي. بالإضافة إلى ذلك، في حالات نادرة، قد تفشل بروتوكولات الأمان مما يؤدي إلى انتهاك الخصوصية. سيكون البديل للخدمات الصحية عن بعد والخدمات الهاتفية هو المقابلة وجهاً لوجه أو شخصياً.

من حقي الامتناع عن الموافقة في هذا الوقت أو سحب هذه الموافقة في أي وقت، بما في ذلك أي وقت أثناء الجلسة، دون التأثير على الحق في الرعاية أو العلاج في المستقبل أو المخاطرة بفقدان أو سحب أي من مزايا البرنامج التي كانت ستكون من حقي خلاف ذلك. أفهم أن لدي خيار طلب خدمات شخصية إذا كنت أفضل ذلك.

هذا و أنني أعلم ما يلي فيما يتعلق بالمشاركة في الخدمات الصحية عن بعد والخدمات الهاتفية:

- لن يوجد تسجيل دائم للفيديو أو الصوت لجلسات الخدمات الصحية عن بعد والخدمات الهاتفية.
- تسري جميع إجراءات حماية السرية الحالية بموجب القانون الفيدرالي وقانون ولاية كاليفورنيا على المعلومات المستخدمة أو التي تم الكشف عنها أثناء الخدمات الصحية عن بعد والخدمات الهاتفية.
- أعلم أن لدي الحق في جميع إجراءات حماية السرية سواء تم تقديم الخدمات لي بصورة شخصية أو عبر الهاتف أو من خلال الخدمات الصحية عن بعد.
- أعلم أن لدي الحق في الوصول إلى جميع المعلومات المتعلقة بالصحة الطبية/العقلية استنساخها.

- لن يتم نشر أي صور أو معلومات إلى جهات أخرى دون الحصول على موافقة كتابية أخرى وتفويض للكشف (ATD) عن المعلومات الصحية المحمية (PHI).
- أدرك أنني مسؤول تمامًا عن أي تكاليف، بما في ذلك الرسوم الزائدة على هاتفي و/أو خطة البيانات المرتبطة بتلقي الخدمات الصحية عن بُعد و/أو الخدمات الهاتفية.

أفهم أن قبول الخدمات الصحية عن بعد والخدمات الهاتفية والمشاركة فيهما أمر تطوعي ولن يُعد شرطًا أساسيًا للوصول إلى الخدمات المجتمعية الأخرى.

في حالة كوني أحد المستفيدين من برنامج (DMC-ODS/Orange MHP) Medi-Cal، فإنني أفهم أنني أحتفظ بالحق في طلب خدمات أخرى من Medi-Cal أو Short Doyle/Medi-Cal أو خدمات الصحة العقلية المتخصصة كما أمتلك الحق في طلب تغيير مقدم الخدمة و/أو فريق العمل والمعالج و/أو مدير الحالة.

قد يتم الاتصال بي بعد انتهاء مشاركتي في البرنامج لتقييم مستوى تقدمي وحالتي. أفهم أنه يجوز لي اختيار عدم الإجابة عن أي أسئلة في ذلك الوقت إذا كنت لا أرغب في ذلك.

أنا مقتنع بأنني تلقيت جميع المعلومات التي أحتاجها لاتخاذ قرار مستنير بشأن الخدمات الصحية عن بعد والخدمات الهاتفية. تم شرح المخاطر والمزايا والعواقب المتعلقة بالخدمات الصحية عن بعد والخدمات الهاتفية المقدمة لي. لقد أتيت لي الفرصة لطرح أسئلة حول هذه المعلومات وتمت الإجابة عن جميع أسئلتي. أقر بأنني قد قرأت ما ورد أعلاه وفهمته وأوافق عليه، وسوف أتلقى نسخة من نموذج الموافقة هذا. في حالة الطوارئ، سيتم تزويدي بنسخة من هذه الموافقة في أقرب وقت ممكن، عبر البريد أو بصفة شخصية.

اسم المستفيد/المشارك

\_\_\_\_\_

توقيع المستفيد/المشارك

\_\_\_\_\_

التاريخ

اسم الطرف/الممثل المسؤول

\_\_\_\_\_

علاقته بالمستفيد

توقيع الطرف/الممثل المسؤول

\_\_\_\_\_

التاريخ

توقيع مقدم الخدمة/الشاهد

\_\_\_\_\_

التاريخ

تمت ترجمة هذا النموذج إلى المستفيد /  
الطرف المسؤول حسب (الاسم)

\_\_\_\_\_

اللغة المترجم إليها