

橙縣衛生局  
行為健康服務  
服務知情同意書

## 遠程醫療和電話服務的一般知情同意書

根據現行法律，我已被告知以下內容：建議的評估的性質和目的、心理治療的性質、替代療法，以及其他療法，包括不用治療的選擇，並了解其中的風險。我同意並授權以下針對我的健康所進行的必要服務

1. 健康評估
2. 諮詢或治療
3. 團體教育或治療（若適用且認定適當）
4. 藥物支持
5. 個案管理（例如：轉介、聯接服務、諮詢服務）
6. 監控篩檢影響我的健康的藥物

我了解上述服務可能會以醫療提供者認定對我合適的電話及/或遠程醫療的方式提供。

遠程醫療包括使用音訊、視訊或其他電子通訊方式與我互動，諮詢我的醫療提供者及/或審核我的醫療/行為健康信息，以便診斷、治療、後續追蹤及/或教育。在遠程醫療及/或電話評估過程中，可能會通過使用視訊、音訊以及其他電子通訊技術方式，與我及/或其他醫療專業人士討論我的醫療與行為健康記錄細節和私人健康信息。

遠程醫療與電話服務的潛在風險，在於使用的儀器可能發生部分或完全故障，導致健康工作人員無法進行完整評估、提供健康服務及/或處方開藥。另一個遠程醫療與電話服務的潛在風險，是由於我的特殊健康情況或技術問題，而在遠程醫療及/或電子約診後，仍需進行面對面的諮詢。除此之外，在少數情況下，安全協議失敗可能會導致隱私洩露。遠程醫療與電話服務的替代方案為面對面或親自約診。

我有權於此時拒絕同意或在過程中隨時撤銷同意（包括工作階段期間內的任何時間點），而不影響未來照護與治療的權利，或有失去或撤回原本應獲得的任何福利的風險。我明白我也可選擇面對面服務。

我了解以下針對參與遠程醫療與電話服務的內容：

- 遠程醫療與電話服務工作階段的影片或通話紀錄不會永久保留。
- 根據聯邦和加州法律，所有現有的機密保護措施均適用於遠程醫療和電話服務期間信息的使用或披露。
- 無論服務是以面對面、電話或遠程醫療的方式向我提供，我有獲得所有機密保護的權利。
- 我有權獲取和復制所有傳輸的醫療/心理健康信息。
- 未經進一步書面同意及授權批露 (Authorization to Disclose, ATD) 受保護的健康信息 (Protected Health Information, PHI)，不可向其他實體傳播任何影像或信息。
- 我會承擔包括與接受遠程醫療及/或電話服務相關的電話及/或數據資費的全部費用。

我明白接受並參與遠程醫療和電話服務是出於個人意願，不應視為接受其他社區服務的先決條件。

如果我接受 Medi-Cal 福利（Orange MHP 及/或 DMC-ODS）我將保留申請其他 Medi-Cal、Short Doyle/Medi-Cal 或 Specialty Mental Health 有償服務的權利，並且有權申請更換醫療提供者、工作人員、治療師及/或個案經理。

參與的計劃終止後，可能會有人聯絡我以評估我的進度和情況，屆時依照我的意願可以選擇不回答任何問題。

我對於收到的以便針對遠程醫療和電話服務做出審慎決定的所有信息感到滿意。已有人向我說明遠程醫療與電話服務的風險、效益和後果。我有機會針對此信息提出疑問，並且所有問題皆已得到解答。我確認已閱讀、了解並同意上述內容，並將會獲得此同意書文件的副本。在緊急情況下，此同意書的副本將以郵件或親送方式向我提供。

---

受益人/參與人姓名

---

受益人/參與人簽名

---

日期

---

責任方/代表人姓名

---

與受益人關係

---

責任方/代表人簽名

---

日期

---

醫療提供者/見證人簽名

---

日期

---

此表格向受益人提供翻譯版本/  
責任方（姓名）

---

翻譯語言