

## سازمان بهداشت و درمان اورنج کانتی خدمات سلامت روان و رفتار رضایت آگاهانه برای دریافت خدمات

### رضایت آگاهانه عمومی برای دریافت خدمات سلامتی غیرحضوری شامل خدمات تلفنی و تصویری

مطابق با قوانین موجود، موارد زیر به من توضیح داده شده است: ماهیت و هدف از ارزیابی پیشنهاد شده، ماهیت روان درمانی، درمان های جایگزینی، و دیگر روش های درمان از جمله جایگزینی که بدون دخالت معالجه است، و من از خطرات احتمالی که وجود دارد آگاه هستم. من رضایت و مجوز خدمات زیر که برای سلامتی من لازم است را می دهم :

1. ارزیابی
2. مشاوره یا روان درمانی
3. آموزش گروهی و یا گروه درمانی ( اگر لازم و مناسب باشد)
4. خدمات دارویی
5. مدیریت پرونده (به عنوان مثال : ارجاع دادن به خدمات دیگر ، ارتباط دادن خدمات، و مشاوره)
6. نظارت غربالگری برای مصرف داروهای مخدری و داروهای دیگر که سلامتی من را تحت تاثیر قرار میدهد.

من آگاهی دارم مرکزی که من از آن خدمات سلامتی دریافت میکنم اگر که مناسب بدانم؛ خدمات فوق را ممکن است به من از طریق خدمات سلامتی غیرحضوری ( تلفنی ویا تصویری) ارائه کند.

خدمات سلامتی غیرحضوری شامل استفاده از وسایل صوتی، ویدئویی و یا دیگر ارتباطات الکترونیکی که برای تعامل با من است. مرکز ارائه دهنده خدمات سلامتی از این طریق برای مشاوره ویا بررسی اطلاعات پزشکی و مربوط به سلامت رفتار روان من به منظور تشخیص ، درمان ، پیگیری و/یا آموزش استفاده میکند. در طول خدمات سلامتی غیرحضوری ( تلفنی ویا تصویری) ممکن است ارزیابی، مرور جزئیات تاریخچه سلامت روان و رفتار من و اطلاعات سلامت شخصی ام با من و/یا با دیگر متخصصان بهداشت از طریق استفاده از ویدئو، صوت و ارتباطات الکترونیکی مورد بحث قرار بگیرد.

خطر خدمات سلامتی غیرحضوری ( تلفنی ویا تصویری) این است که احتمال خرابی کم یا کامل تجهیزات مورد استفاده وجود دارد که می تواند منجر به ناتوانی کارکنان در تکمیل ارزیابی، ارائه خدمات سلامت روان و رفتار و/یا خدمات مربوط به نسخه ( دارویی) شود. یک خطر احتمالی دیگر در ارائه خدمات سلامتی غیرحضوری ( تلفنی ویا تصویری) می تواند این باشد که به دلیل شرایط خاص سلامت روان شما ، و یا با توجه به مشکلات فنی، بعد از ملاقات از طریق خدمات غیرحضوری، ملاقات حضوری هنوز هم ممکن است لازم باشد. علاوه بر این، در شرایط نادر، اشکال در پروتکل های امنیتی می توانند باعث نقض حریم خصوصی شما شود. جایگزین خدمات سلامتی غیرحضوری ( تلفنی ویا تصویری) یک قرار ملاقات حضوری خواهد بود

من حق انتخاب دارم که رضایت خود را در حال حاضر و یا در زمانی که بخواهم لغو کنم، از جمله هر موقع در طول جلسات ، بدون اینک در درمان من، و یا خطر از دست دادن یا خروج از هر گونه مزایا را تحت تاثیر قرار دهد. من آگاه هستم که میتوتم درخواست خدمات حضوری را بکنم اگرکه اینگونه ترجیح می دهم.

من از موارد زیر را در رابطه با دریافت خدمات سلامتی غیرحضوری آگاهی دارم:

- هیچ ویدئو دائمی و یا ضبط صدا از خدمات سلامتی غیرحضوری ( تلفنی ویا تصویری) نگه داشته نمی شود.
- تمام قوانین موجود فدرال و کالیفرنیا در مورد استفاده ویا نشان دادن اطلاعات در طول خدمات سلامتی غیرحضوری ( تلفنی ویا تصویری) اعمال می شود.
- من از حق قانونی ام آگاه هستم که باید از اطلاعات محرمانه ام محافظت شود چه این خدمات سلامتی به من حضوری یا غیرحضوری ارائه شود.

- من از حق خودم برای دسترسی و کپی از تمام اطلاعات پزشکی/سلامت رفتار و روان ثبت شده آگاه هستم.
- هر گونه انتشار تصاویر و یا اطلاعات به اشخاص دیگر بدون رضایت کتبی و اجازه شخصی من برای نشان دادن (ATD فرم اجازه) اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) وجود نخواهد داشت.
- من آگاه هستم که من به طور کامل مسئول هر گونه هزینه از جمله شارژ اضافه تلفن و/یا استفاده اضافه سرویس اینترنتی مرتبط در طول دریافت خدمات سلامتی غیرحضوری (تلفنی و یا تصویری) هستم.

من آگاه هستم که پذیرش و مشارکت در خدمات سلامتی غیرحضوری (تلفنی و یا تصویری) داوطلبانه است و نباید یک پیش نیاز برای دسترسی به خدمات اجتماعی دیگر در نظر گرفته شود.

اگر من ذینفع خدمات مدیکل اورنج کانتی (Orange MHP and/or DMC-ODS) هستم، من آگاه هستم که حق درخواست خدمات دیگر تخصصی سلامت روان در مدیکل و یا حق درخواست تغییر ارائه دهنده خدمات که شامل: کارکنان مرتبط با من، درمانگر (تراپیست)، و یا مسئول پرونده است را دارم.

بعد از اتمام شرکت در برنامه خدماتی ممکن است برای ارزیابی پیشرفت و وضعیت من بامن تماس گرفته شود. من آگاه هستم که من اگر ترجیح بدهم می توانم به سوالها جواب ندهم.

اینجانب رضایت دارم که تمام اطلاعات مورد نیاز برای تصمیم گیری آگاهانه در مورد خدمات سلامتی غیرحضوری (تلفنی و یا تصویری) را دارم. خطرات، مزایا و عواقب ناشی از خدمات سلامتی غیرحضوری (تلفنی و یا تصویری) به من توضیح داده شده است. به من فرصت برای پرسیدن سوال در مورد این اطلاعات داده شده، و تمام سوالات من پاسخ داده شده است. من گواهی می دهم که من این اطلاعات بالا را خوانده ام، فهمیده ام و موافقم و یک کپی از این فرم رضایت را دریافت خواهم کرد. در شرایط اضطراری یا اورژانسی به من یک کپی از این فرم رضایت در اسرع وقت از طریق ایمیل و یا حضوری ارائه خواهد شد.

نام ذینفع/مراجعه کننده

امضاء ذینفع/مراجعه کننده

تاریخ

نام مسئول و یا نماینده مراجعه کننده

ارتباط با ذینفع/مراجعه کننده

امضاء مسئول و یا نماینده مراجعه کننده

تاریخ

امضاء ارائه دهنده خدمات /شاهد

تاریخ