로스앤젤레스 카운티 정신건강국
서비스 동의서

서비스

로스앤젤레스 카운티 정신건강국(Los Angeles County Department of Mental Health, LACDMH)은 전문가의 치료를 받아야 하는 정신 질환 또는 정서적인 문제를 가지고 있는 사람에게 **전문 정신 건강 서비스(Specialty Mental Health Services**, SMHS)를 제공합니다. 이러한 정신 질환 또는 정서적인 문제는 한 사람이 일상생활을 수행하는 능력에 방해가 될 정도로 심각한 질환 또는 문제를 의미합니다. SMHS 에는 심리검사, 정신 치료/상담, 재활 서비스, 약물, 사례 관리, 검사실 검사, 진단 절차, 기타 적절한 서비스가 포함될 수 있습니다. 이러한 서비스에 대한 자세한 정보를 알아보려면 **로스앤젤레스 카운티 전문 정신 건강 서비스 수혜자 핸드북**을 참조하십시오. https://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/. 귀하는 언제든지 이 핸드북의 사본을 요청할 수 있습니다.

LACDMH 시스템의 SMHS 를 받는 고객은 단일 기관의 직원이 관리합니다. 고객의 치료에 도움이 되는 경우에 서비스는 다른 여러 장소에서 제공될 수 있습니다. 로스앤젤레스 카운티 전역에서 LACDMH 에 계약한 직영 의료 시설을 찾으려면, **LACDMH 의 의료 서비스 제공자 안내 책자**를 참고하십시오. https://dmh.lacounty.gov/pd/.

서비스 제공

LACDMH 에서 SMHS 제공 시, LACDMH 는 고객의 필요를 최선으로 충족하기 위해 **원격 의료 및 전화, 보안 문자 메시지, 보안 이메일**을 이용합니다. (영상 및 음성 통신을 이용한) 원격 의료 및 (음성 통신만 이용한) 전화 서비스를 통해 저희 고객와 의사소통할 뿐만 아니라 보상이 적용되는 서비스를 더욱 쉽게 이용할 수 있도록 도와줍니다. 고객은 원격 의료 또는 전화를 이용하여 본인의 생활 반경 내에서 정신건강국 직원과 상의를 할 수 있고, 정신 건강 서비스에도 참여할 수 있습니다. 보안 문자 메시지 및 보안 이메일은 저희 직원이 빠르고 효율적으로 서비스에 대해 고객와 의사소통할 수 있는 추가적인 방법입니다. 보안 문자는 LACDMH 에서 승인한 어플리케이션을 통해 전송되며, 보안 문자 메시지를 통해 전달되는 정보는 진료 예약 및 치료 공지로 제한됩니다. 진단 또는 치료 목적으로 보안 문자를 이용하지 않습니다. 고객의 연락처가 변경되는 경우, 고객의 정신 건강 서비스 제공자(들)에게 고객의 현재 연락처를 알려주는 것이 중요합니다. 원격 의료, 전화, 보안 문자 메시지, 보안 이메일에 대한 자세한 내용을 알아보려면, 아래의 자주 묻는 질문 페이지를 참조하십시오.

고객께서 선택하는 경우 원격 의료 또는 전화를 통해 제공받을 수 있는 모든 서비스를 대면 방문을 통해서 이용할 권리가 있습니다. 합리적인 이유로 기타 이동 수단을 이용할 수 없는 경우, 대면 방문을 위한 교통서비스가 메디칼(Medi-Cal)에 포함되어 있습니다. 교통 서비스 사용에 대한 정보를 알아보려면, 관리 의료 보험(Managed Care Plan)의 가입자 서비스 부서에 문의하거나 다음의 링크를 참조하십시오.
https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Transportation.aspx

미성년자의 동의 가능 여부

미성년자(예: 만 18 세 미만 고객)의 경우, 보통 법적 보호자가 자녀를 대신하여 본 서비스에 동의합니다. 하지만, (만 12 세 이상)의미성년자에게본인의 서비스에 동의할 자격이 부여되기도 합니다. 정신건강 전문가가 임상적으로 적절하다고 판단하는 경우, **미성년자 동의** 항목을 작성하여 미성년자가 본 서비스에 참여 여부 및 동의 여부를 스스로 결정할 정도로 성숙한지 결정할 것입니다. 미성년자는 정신과 약물 처방에 대해 동의할 수 없습니다. 미성년자가 본인의 SMHS 에 동의할 뿐만 아니라, 본인의 메디칼을 법적 보호자의 메디칼과 별도로 설정하고 싶다면(이로 인해 법적 보호자가 해당 미성년자의 치료 내용에 대해서 알지 못하게 될 수 있음), 해당 미성년자는 사회복지국(Department of Public Social Services, DPSS)와 함께

미성년자 메디칼 동의 혹은 **민감한 서비스(Sensitive Service)**에 등록해야 합니다. 이 프로그램에 대한 자세한 내용은 https://dpss.lacounty.gov/en/health/teens.html 에서 확인하십시오.

성인 수혜자 대상 의료사전 의향서
만 18 세 이상의 모든 메디칼 수혜자가 보호를 받거나 제 3 자에게 이들의 의료 서비스 결정을 내릴 수 있는 자격이 부여되지 않은 한, 해당 수혜자는 본인의 의학적 치료에 대한 결정을 내릴 권리가 있습니다. **의료사전 의향서**는 향후에 의료 서비스에 대한 결정을 내리지 못하게 되는 경우를 대비해 본인의 희망 사항을 미리 명시할 수 있는 법적 문서입니다. 모든 의료사전 의향서는 고객의 임상 서류에 기록됩니다. 의료사전 의향서 및 이 문서의 시행 방식에 대한 자세한 정보는 아래의 자주 묻는 질문을 참조하십시오.

공개 결제 (Open Payment) 데이터베이스
연방 의사 결제 선샤인 법 (The federal Physician Payments Sunshine Act)은 의약품, 의료 기기, 바이오 약품 제조 업체에서 의사에게 $10 이상 지불할 시 그에 관한 자세한 정보를 대중에게 제공하도록 의무화하고 있습니다. 공개 결제 (Open Payment) 데이터베이스는 연방 정부가 제공하는 수단으로서 의약품 및 의료 기기 회사가 의사 및 교육 병원에 지불한 금액을 검색하는 데 이용됩니다. 공개 결제 데이터베이스는 http://openpaymentsdata.cms.gov 에서 찾을 수 있습니다.

임상 진료 지침
정신건강국(Department of Mental Health, DMH)에서는 유효하고 안정적인 임상 증거 및/또는 정신 건강 진료 제공자들의 의견이 일치된 합의 사항을 기반으로 임상 진료 척도를 개발 및 채택하고 있습니다. 임상 진료 척도는 주기적으로 검토 및 업데이트됩니다. DMH 임상 진료 척도에 대한 정보는 https://secure2.compliancebridge.com/lacdmh/public/index.php?fuseaction=app.main&msg= 웹 페이지를 방문하시거나 진료 제공자에게 문의하세요.

MyHealthPointe
MyHealthPointe 는 본인의 정신 건강 온라인 기록에 쉽고 안전한 액세스를 제공하는 온라인 고객 포털입니다. 추가적인 정보는 다음 웹 사이트를 방문하세요. https://dmh.lacounty.gov/client-portal/

LACDMH 서비스에 동의함으로써 귀하는 다음 사항을 이해합니다.

1. 귀하는 **전문 정신 건강 서비스에 대한 로스앤젤레스 카운티 수혜자 핸드북**에 설명된 전문 정신 건강 서비스의 선택에 대해 통보받고 이에 참여할 권리가 있습니다.
2. 귀하는 LACDMH 시스템의 다른 서비스를 이용할 것을 요구받지 않으며 해당 서비스를 받을 권리가 있습니다.
3. 원격 의료, 전화, 보안 이메일 및/또는 보안 문자 메시지 등의 모든 서비스는 자발적으로 선택할 수 있으며, 귀하는 의료 서비스 제공자(시설 또는 직원)에게 변경사항을 요청할 권리가 있습니다.
4. 귀하는 서비스 도중을 포함하여 언제든지 향후 진료 또는 치료에 대한 권리나 프로그램을 통한 혜택을 침해받지 않으면서 서비스, 서비스 방식 또는 의사소통 방식에 대한 동의를 보류하거나 철회할 선택권이 있습니다. 정신 건강국 담당 직원은 서비스 제공이나 의사 소통 방법이 적절하지 않다고 판단 되는 경우, 특정 서비스 방식이나 의사 소통방법의 사용을 철회할 수 있습니다.
5. 모든 LACDMH 직원은 고용 조건으로 매년 기밀 유지 서약에 서명하며, 이 서약은 직원들이 고객의 정보를 공유하는 것을 금지합니다 (단, 연방 정부, 주 정부, 건강국 기밀 유지 법, 정책, 절차하에 정보 공유가 허용되는 경우 제외함).

6. 진료를 결정하는 직원이 귀하에게 필요한 적절한 진료와 적절한 의료 서비스질을 결정할 때 귀하에 대해 가장 완전한 정보를 받을 수 있도록 보장하기 위해 직원에게 공개된 (직원이 진료에 중요하다고 결정한) 정보를 임상 서류에 기록할 것입니다.
7. 귀하의 인구 통계 정보 및 임상 정보는 LACDMH 의 전자 의료 기록 시스템에 입력되며 LACDMH 내의 직원 및 적절한 경우 귀하의 치료에 관여하는 기타 승인받은 개인이 해당 정보를 열람할 수 있습니다. 자세한 내용은 로스앤젤레스 카운티 보건 당국 개인정보 보호 관행 공지 사항을 참조하십시오.
8. 원격 의료 및 전화 서비스의 잠재적인 위험에 관련하여, 사용 중인 장비의 부분 또는 완전 고장으로 인해 정신건강국 직원이 정신 건강 서비스를 일시적으로 제공하지 못할 수 있는 등의 위험이 있습니다.
9. 귀하는 보안 이메일 및/또는 보안 문자 메시지에 동의함으로써 LACDMH 직원이 귀하의 정신 건강 질환 및 진료에 대한 정보를 보안 문자 및 보안 이메일을 통해 귀하에게 전송하도록 허용하는데 동의합니다.
10. 보안 이메일 및 보안 문자 메시지는 응급 또는 긴급 상황 및/또는 진단 목적으로 절대 이용되지 않을 것입니다. 귀하는 귀하의 의료 서비스 제공자와 함께 일반 영업시간 이후 또는 응급 또는 긴급 상황 중에 의료진에게 문의하는 최선의 방법에 대해 상의해야 합니다. 보안 이메일 또는 보안 문자 메시지를 통한 일체의 요청은 수용되지 않을 것입니다.

원격 의료, 전화, 보안 이메일 및/또는 **보안 문자 메시지** 이용 시 귀하의 개인 기기(들)에 필요한 기술적인 고려 사항이 있습니다. 이에 동의함으로써 귀하는 다음 사항을 이해합니다.

1. 승인된 LACDMH 원격 의료 / 보안 문자 메시지 / 보안 이메일 어플리케이션의 설치로 일체의 충돌, 오류 또는 손상이 발생하는 경우, LACDMH 는 귀하의 기기에 대해 책임지지 않습니다.
2. 귀하는 귀하의 기기 및 어플리케이션을 처리, 조작, 관리할 전적인 책임이 있습니다. 귀하의 기기를 손상, 손실 또는 도난당하는 경우, LACDMH 는 해당 기기에 보관 중인 개인 건강정보(Protected Health Information, PHI)를 포함하되 이에 한정되지 않는 정보의 유출에 대한 책임을 지지 않습니다.
3. 귀하 및 귀하의 담당 직원이 명시적인 동의서를 제공한 경우가 아니라면 LACDMH 는 전화 및 원격 의료 세션을 포함한 세션의 녹화/녹음을 허용하지 않습니다.
4. LACDMH 는 귀하의 동의 없이 원격 의료 소통으로부터 확보한 귀하의 개인 신원 식별 가능한 이미지 또는 정보를 연구원들이나 기타 단체에 공유하지 않을 것입니다.
5. 보안 문자 메시지 및/또는 보안 이메일이 제출되는 시점과 귀하를 치료하는 의료 서비스 제공자가 이를 읽고/읽거나 답변하는 시점 사이에 지연이 발생할 수 있습니다. 귀하는 문자/이메일에 포함돼 있는 정보를 의료 서비스 제공자가 읽었는지 알지 못할 것이며, LACDMH 는 언제 귀하가 답변을 받을 수 있는지 예상할 수 없습니다.
6. LACDMH 에서 승인한 보안 문자 메시지 및 보안 이메일은 LACDMH 직원과 문자 정보를 주고받는 유일한 방법입니다.
7. 귀하가 원격 의료, 전화, 보안 문자 메시지 용도로 귀하의 개인 기기 사용 시 이와 관련 해 발생한 일체의 데이터 사용료 또는 문자 메시지 요금에 대한 책임은 귀하에게 있습니다.
8. 보안 문자 및 보안 이메일을 통해 전송된 정보는 치료를 제공하고 일정을 예약하는 데 있어 정신건강국 직원에게 도움이 될 수 있습니다.
9. 이메일(들) 및 문자 메시지(들)가 보안 수단을 통해 전송될 것임에도, 귀하에게 전송되도록 의도된 이메일 또는 문자 메시지가 부주의하게 잘못된 이메일 주소 또는 전화번호로 전송될 위험이 있습니다.

로스앤젤레스 카운티 정신건강국
서비스 동의서

본인, _____은(는) **로스앤젤레스 카운티 정신건강국에서 제공하는** 정신 건강 서비스를 받음에 동의합니다.

본인은 본 동의서에 제공된 정보를 읽었습니다. 본인에게 본 정보에 대해 질문할 기회가 있었으며, 본인의 모든 질문에 대한 답변을 들었습니다. 본인은 제공된 서면 정보를 이해합니다.

본인은 원격 의료 서비스의 사용에 동의합니다. 예 ☐ 아니요 ☐

본인은 전화 서비스의 사용에 동의합니다. 예 ☐ 아니요 ☐

본인은 통지를 위한 보안 문자 메시지의 사용에 동의합니다. 예 ☐ 아니요 ☐

본인은 통지를 위한 보안 이메일에 동의합니다. 예 ☐ 아니요 ☐

원격 의료 및/또는 보안 이메일 수신을 위한 이메일 주소: _____

전화 및/또는 보안 문자 메시지 수신을 위한 전화번호: _____

본인은 의료사전 의향서에 대한 정보를 제공받았습니다. 예 ☐ 아니요 ☐

본인은 의료사전 의향서를 현재 마련해뒀습니다. 예 ☐ 아니요 ☐

의료사전 의향서를 마련해뒀다면, 귀하의 임상 기록에 추가할 수 있도록 사본을 제공해주십시오.

_____		_____
고객 서명		날짜
_____	_____	_____
성인 책임자의 서명*	고객와의 관계	날짜

* 성인 책임자 = 필요한 경우 미성년자의 보호자, 후견인 또는 부모

본 기밀정보는 복지 및 기관법, 민법, HIPAA 개인정보 보호 표준을 포함하되 이에 국한되지 않는 해당 연방 정부 및 주정부의 법규에 따라 귀하에게 제공됩니다. 법에 의해 달리 허용되지 않은 한 이와 관련한 권한을 부여받은 대리인/고객의 사전 서면 승인 없이 추가 공개를 위해 본 정보를 복사할 수 없습니다. 명시된 본래 요청의 목적이 충족된 이후에는 본 정보를 파기해야 합니다.	성명:_____ DMH ID#: _____ 기관:_____ 의료 서비스 제공자 #: _____ 로스앤젤레스 카운티 – 정신 건강국

로스앤젤레스 카운티 정신건강국
서비스 동의서
직원 작성 페이지

Signator ☐ was given ☐ declined a copy of this Consent on _____ by _____.
Date Initials

☐ This Consent was interpreted in _____for the client and/or responsible adult.
If a translated version of this Consent was signed by the client and/or responsible adult, the translated version must be attached to the English version.

☐ Client and/or Responsible Adult is unavailable/unable to sign. Verbal/implied consent was provided on _____
Date

☐ Client is a minor and signed above without parental/guardian consent, and I have verified minor is eligible to sign as well as their signature (see Consent for Minor section below).

If yes, is client enrolled in **Minor Consent Medi-Cal**? ☐ Yes ☐ No
Note: *If client does have Minor Consent Medi-Cal, all services must be claimed using Non-Billable to Medi-Cal procedure codes.*

☐ A court order/minute order has been obtained and consenting on their own or someone on their behalf is not an option. I have provided the first page of the Consent for Services as well as the FAQs to the Client and/or Responsible Adult

_____ _____
Signature of Staff/Work Force Member Date

Consent For Minor: Please select the appropriate section(s) about the minor:

☐ **EMANCIPATED:** This minor has been declared emancipated from his/her parent/guardian by the courts and has been issued an identification card by the Department of Motor Vehicles (Cal Fam Code 7120). A copy of the identification card must be filed with this form.

☐ **ACTIVE DUTY WITH ARMED FORCES:** This minor must be currently serving in the US Armed Forces. A copy of his/her military ID must be filed with this form (Cal Fam Code 7002).

☐ **MARRIED:** This minor is or has been married (Cal Fam Code 7002). A copy of the marriage certificate must be filed with this form.

☐ **SELF-SUFFICIENT:** This minor is self-sufficient as exhibited by being able to declare all of the following (Cal Fam Code 6922).

- I am 15 years of age or older, having been born on _____ (birthdate).
- I am living at the address given on admission for services which is apart from the home/residence of my parents or legal guardian.
- I am managing my own financial affairs indicated by the financial information provided by me on admission for services.
- I understand that I am financially responsible for the charges for my mental health services and I may not disaffirm this consent because I am a minor.

The below options must be verified/selected by an Authorized Mental Health Discipline (AMHD).

☐ **REQUEST FOR MENTAL HEALTH SERVICES:** This minor is mature enough to participate in mental health treatment. I certify that each of the below 3 criteria are met. (Cal Fam Code 6924)

1. The client is 12 or older and mature enough to participate intelligently in the services provided.
2. The minor was consulted regarding parent/guardian's involvement on _____. The client's parent(s)/guardian(s):
(date)
   ☐ Were contacted on _____ by _____
   (date)
   ☐ Were **NOT** contacted because _____
3. The client's parent(s)/guardian(s): ☐ Are currently involved in the services provided
   ☐ Do not want or are unwilling to participate in the treatment ☐ Are not appropriate to participation in the services provided

Note: The client WILL NOT be prescribed psychotropic medications without legal guardian or court consent.

_____ _____
AMHD Signature and Discipline Date

자주 묻는 질문
원격 의료, 전화, 보안 문자 메시지 및 보안 이메일

원격 의료/전화 서비스는 정신건강국 직원과의 대면 세션과 어떻게 다릅니까?
고객와 LACDMH 정신건강국 담당자가 물리적으로 동일한 공간에 함께 있지 않다는 점 외에 거의 차이가 없습니다. 담당자는 적절한 전문 정신 건강 서비스(Specialty Mental Health Service, SMHS)를 제공하고, 제공된 임상 정보 및 서비스를 문서화하며, 향후 참조를 위해 고객의 임상 기록에 문서가 포함되도록 할 수 있습니다.

원격 의료와 전화 서비스의 차이점은 무엇입니까?
원격 의료 서비스에는 음성과 함께 원격 화상 회의 기능도 사용되므로, 정신건강국 담당자와 고객이 물리적으로 서로 다른 장소에 있더라도 영상으로 서로를 바라보면서 의사 소통할 수 있습니다. 전화 서비스에는 전화 사용이 포함되므로 전문담당자와 고객은 영상이 없더라도 서로 의사 소통할 수 있습니다. 원격 의료 및 전화 서비스의 경우, 담당자는 향후 참조를 위해 고객의 임상 기록에 포함될 문서를 제공할 뿐만 아니라 보상 적용되는 SMHS 를 고객에게 계속 제공할 것입니다.

제가 원격 의료 및/또는 전화 서비스를 사용하는 데 동의하지 않기로 선택하는 경우 어떻게 됩니까?
귀하가 원격 의료 및/또는 전화 서비스에 동의하지 않기로 선택하는 경우, LACDMH 는 서비스 제공 시 이러한 방법을 이용하지 않을 것이며 대면 서비스만 제공할 것입니다. 게다가, 원격 의료 및/또는 전화 서비스에 동의하지 않기로 선택해도 보상 적용되는 SMHS 이용 여부에 영향을 미치지 않을 겁니다. 의사소통 목적으로 전화를 계속 이용할 것입니다.

보안 이메일이란 무엇입니까?
보안 이메일을 사용하면 고객에 대한 잠재적으로 민감한 정보가 모두 안전하게 보관되도록 고객이 LACDMH 직원과 손쉽고 안전하게 의사소통할 수 있습니다. 고객의 개인 건강정보(Protected Health Information, PHI)를 보호하기 위해, 보안 이메일은 암호화 과정을 거치며, 이 과정을 통해 의도된 이메일 수신자 외에 그 누구도 해당 정보를 읽을 수 없습니다.

이메일을 통해 전송된, 고객의 전자 PHI 가 포함된 모든 이메일은 보안 처리되어야 합니다. 미국 의료정보 보호법 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)에 따라, 고객의 개인정보 보호 및 기밀 유지를 보장하기 위해 이메일 보안 및 개인정보 보호 규정이 요구됩니다.

보안 이메일은 어떤 형식이며어떻게 읽을 수 있습니까?
보안 이메일이 전송되면, 수신자는 다음의 파일을 수신받게 됩니다.

1. 알림 이메일 메시지: 알림 메시지는 누군가가 Registered Envelope 형식으로 보안 암호화 메시지를 전송했음을 나타냅니다. 알림에는 Registered Envelope 및 Cisco Registered Envelope Service(전송하는 이메일에 제어 기능을 제공하는 서비스)에 대한 정보 링크도 포함되어 있습니다.

2. 암호화된 메시지 첨부 파일: 첨부 파일의 이름은 'securedoc.html'입니다. 이 파일에는 Registered Envelope 와 암호화된 내용이 포함되어 있습니다. Registered Envelope 를 조회하려면 첨부 파일을 로컬 드라이브에 저장해야 합니다. 이 첨부 파일을 열면 수신자가 자가 등록하고, 계정을 생성하며, 암호화된 이메일을 읽고, 보안 및 암호화 형식으로 응답할 수 있습니다. 전체 지시사항을 확인하려면 이 문서를 참조하십시오.
   http://file.lacounty.gov/dmh/cms1_180460.pdf

제가 보안 이메일 사용에 동의하지 않기로 선택하는 경우 어떻게 됩니까?
귀하가 보안 이메일 사용에 동의하지 않기로 선택하는 경우, LACDMH 직원은 귀하와 함께 이메일을 주고받기 시작하거나 통신 수단으로 이메일을 제공하지 않을 것입니다. 귀하가 이메일에 대한 동의 없이 LACDMH 직원과 이메일을 주고받기 시작하면, 직원이 다른 통신 수단(예: 전화 또는 이메일)을 통해 귀하에게 응답할 것입니다.

보안 문자 메시지란 무엇입니까?
보안 문자 메시지에는 승인된 LACDMH 제공자가 안전하게 암호화 문자 메시지 및 사진을 전송하고 수신하도록 하는 LACDMH 승인 문자 메시지 어플리케이션 사용이 포함됩니다. 이 통신 방식은 안전하고 암호화 되어 있으며 개인 건강정보(PHI)의 보호/보안과 관련된 모든 법을 준수합니다.

LACDMH 의 보안 문자 메시지 어플리케이션 사용에 동의하지 않기로 선택하는 경우 어떻게 됩니까?
귀하가 LACDMH 승인 문자 메시지 어플리케이션 사용에 동의하지 않는 경우, LACDMH 직원이 귀하와 문자 메시지를 주고받기 시작하거나 문자 메시지를 통신 수단으로 제공하지 않을 것입니다. 귀하가 LACDMH 직원과 함께 문자 메시지를 주고받기 시작하면, 직원이 다른 통신 수단(예: 전화 또는 보안 이메일)을 통해 귀하에게 응답할 것입니다.

비의료 교통 서비스 혜택을 받을 수 있습니까?
비의료 교통 서비스는 출산 후 365 일이 되는 달의 월말까지 포함하여 모든 범위의 메디칼(Medi-Cal) 보상이 적용되는 모든 고객와 임산부에게 제공됩니다. 고객은 고객의 교통 요구가 충족되지 않았으며 모든 이용 가능한 자원이 현재 합리적인 이유로 기타 이송 수단을 이용할 수 없는 경우,구두 또는 서면으로 의료 서비스 제공자에게 입증해야 합니다. 비의료 교통 서비스가 필요한 사유로는 다음의 사유가 포함될 수 있습니다.

- 유효한 운전 면허증 없음
- 가구 내 탑승 가능한 차량 없음
- 보상 적용되는 메디칼 서비스만을 목적으로 이동하거나 이를 기다릴 수 없음
- 신체, 인지, 정신 또는 발달 장애
- 진료를 받기 위해 이동하는 데 필요한 연료를 지불할 금액 없음

자주 묻는 질문
의료사전 의향서

의료사전 의향서란 무엇입니까?
의료사전 의향서는 향후에 의료 서비스에 대한 결정을 내리지 못하게 되는 경우 본인의 희망 사항을 미리 언급할 수 있는 법적 문서입니다. 캘리포니아에서 의료사전 의향서는 두 가지 부분인 (1) 의료 서비스 대리인 임명 및 (2) 개별 의료 서비스 지시사항으로 구성됩니다.

정신적 장애가 있는 사람이 의료사전 의향서를 작성하면 무엇을 할 수 있습니까?
- 의료사전 의향서를 작성하면 귀하가 향후에 정신 건강 치료를 받아야 하는 경우 어떤 치료를 받을지 지금 선택할 수 있습니다. 귀하는 귀하의 주치의, 기관, 제공자, 치료 시설과 상담하여 어떤 유형의 치료를 받고 싶은지 그리고 어떤 유형의 치료를 받고 싶지 않은지 판단할 수 있습니다.
- 귀하가 스스로 정신 건강 의료 서비스에 대한 결정을 내릴 수 없다면, 귀하는 이러한 결정을 내려줄 친구나 친족을 선택할 수 있습니다.
- 의료사전 의향서는 귀하와 귀하 주치의 사이의 의사소통을 개선할 수 있습니다.
- 의료사전 의향서는 장기 입원의 필요성을 줄여줄 수 있습니다.
- 의료사전 의향서는 의료 기록의 일부가 됩니다.

누가 의료사전 의향서를 작성할 수 있습니까?
의료 서비스 관련 결정을 내릴 수 있는 '능력'이 있는 모든 만 18 세 이상 성인이 의료사전 의향서를 작성할 수 있습니다. 여기서 '능력'이란 제안된 의료 서비스의 특성과 결과(위험 및 이익 등)를 이해하는 것을 의미합니다.

언제 의료사전 의향서의 효력이 발생합니까?
의료사전 의향서는 그 사람의 1 차 진료 의사가 해당인이 본인의 의료 서비스 관련 결정을 내릴 수 있는 '능력'이 없다고 결정할 때, 즉, 해당 개인이 제안된 의료 서비스의 특성과 결과를 이해할 수 없을 때 효력이 발생합니다. 어떤 사람이 정신병원에 입원했다고 해서 이 '능력'이 없다는 것을 의미하지는 않습니다.

의료사전 의향서는 얼마 동안 효력이 발생합니까?
캘리포니아에서 의료사전 의향서의 효력은 무기한 유지됩니다. 귀하가 결정을 내릴 수 있는 '능력'이 되기만 하면 언제든지 의향서의 내용을 바꿀 수 있습니다. 귀하의 희망 사항이 언급됐는지 확인하기 위해 매년 의료사전 의향서를 검토하는 것도 좋은 방법입니다.

의료사전 의향서를 가지고 있어야 합니까?
의료사전 의향서는 귀하에게 결정 능력이 있을 때 서면으로 귀하의 희망 사항을 남기는 방식입니다. 귀하의 선택이 중요합니다.

어디서 의료사전 의향서에 대한 법률 상담을 받을 수 있습니까?
- 귀하의 변호인
- Protection and Advocacy, Inc.

어디서 의료사전 의향서 양식을 구할 수 있습니까?
- 귀하의 변호인
- 문구점
- 인터넷

누가 의료사전 의향서의 사본을 가지고 있어야 합니까?
- 귀하(귀하의 의료사전 의향서는 안전하지만 쉽게 접근할 수 있는 장소에 보관해야 합니다)
- 귀하의 대리인(귀하가 의료 서비스 관련 결정을 내릴 수 없는 경우 이에 대한 결정을 내리도록 지정한 사람)
- 귀하의 의료 서비스 제공자 각각
- 귀하의 정신 건강 서비스 제공자 각각

귀하의 의료사전 의향서에 변경사항이 있는 경우 본 문서의 사본을 가지고 있는 사람을 파악하는 것이 중요합니다.

의료사전 의향서 미준수에 대한 민원은 어디에 제기해야 합니까?
의료사전 의향서 요건 미준수에 대한 민원은 1-800-236-9747 로 전화하거나 다음의 주소로 우편을 발송하여 캘리포니아주 보건복지부(Department of Health Services, DHS) 승인 및 인증과와 함께 제기할 수 있습니다. 997413, Sacramento, California 95899-7413.