洛杉磯縣心理健康局
服務同意書

服務

洛杉磯縣心理健康局(LACDMH)為精神病患者或情緒問題患者提供**專業心理健康服務**(SMHS)。這些疾病或問題嚴重到足以阻礙人們開展日常活動的能力。專業心理健康服務可包括心理測試、心理治療/諮詢、康復服務、藥物治療、病例管理、實驗室測試、診斷程式和其他適當的服務。有關這些服務的更多資訊，請參閱**《洛杉磯縣專業心理健康服務受益人手冊》(County of Los Angeles Beneficiary Handbook for Specialty Mental Health Services)**：https://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/。您可以隨時索取該手冊的影本。

在洛杉磯縣心理健康局系統內向客戶提供的所有專業心理健康服務，將由同一個機構的工作人員進行協調。如果這有利於客戶的治療，則可在不同地點提供服務。如需查找洛杉磯縣境內由洛杉磯縣精神健康部直接運營和簽約的服務提供者網站，請參考**《洛杉磯縣心理健康局服務提供者名錄》**：https://dmh.lacounty.gov/pd/。

服務交付

在提供專業心理健康服務時，洛杉磯縣心理健康局運用**遠距醫療 (Telehealth)**、**電話 (Telephone)**、**安全簡訊 (Secure Text Messaging)** 和**安全電子郵件 (Secure Email)** 來最有效地滿足我們客戶的需求。工作人員除了與客戶當面溝通外，還可以透過遠距醫療（透過視訊和語音通信）和電話（僅透過語音通信）等方式更便捷地獲得我們的承保服務。客戶可透過遠距醫療或電話與心理健康工作人員交談，並在其所在地即可參與心理健康服務。安全簡訊和安全電子郵件是我們工作人員快速高效地與客戶溝通服務事項的附加方式。安全簡訊由經過洛杉磯縣心理健康局批准的應用程式傳送，安全簡訊共用的資訊將僅限用於預約和治療提醒。工作人員不會將安全簡訊用於診斷或治療目的。任何時候如果客戶的當前聯繫資訊有變更，客戶有義務將變更告知其心理健康服務提供者。想知道有關遠距醫療、電話、安全簡訊和安全電子郵件的更多資訊，請參閱以下常見問題 (FAQ) 頁面。

無論客戶是否選擇到診所現場問診與否，他/她也有權選擇以遠距醫療或電話方式接受服務。在其他可用資源已合理用盡的情況下，Medi-Cal（加州醫保）計畫涵蓋了現場問診的交通工具服務費用。如需查看有關獲得交通工具的資訊，請諮詢您參與的管理式醫療計畫 (Managed Care Plan)的會員服務部門或造訪：https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Transportation.aspx。

未成年人簽署同意書的能力

對於未成年人（例如 18 歲以下的客戶），通常需要由他們的法定監護人代表孩子簽署服務同意書。然而，在某些情況下，未成年人（年滿 12 歲）有資格接受同意適用於自己的治療式服務。如果醫生在臨床上確定適宜，醫生將填寫**未成年人同意書 (Consent for Minor) 的內容**，以確定該未成年人是否已足夠成熟，並能夠參與服務且同意接受服務。未成年人不得同意服用精神類藥物。除了同意接受適用其個人的專業心理健康服務外，如果未成年人想要脫離其法定監護人的 Medi-Cal 並辦理自己的 Medi-Cal（這種做法可能導致其法定監護人不知道他們的治療情況），他們必須與公共社會服務局 (DPSS) 合作，登記參加 **Medi-Cal 未成年人同意 (Minor Consent Medi-Cal) 計畫**或**敏感服務(Sensitive Services)**。有關此計畫的更多資訊，請造訪：https://dpss.lacounty.gov/en/health/teens.html。

洛杉磯縣心理健康局
服務同意書

《成年受益人預先制定醫療護理指示》

所有年滿 18 歲的 Medi-Cal 受益人都有權自行作出醫療決定，除非他們是法定監護被保護人士，或授權合法監護人為其作醫療決定。**《預先制定醫療護理指示》(Advanced Health Care Directive)** 是一份法律檔案，允許個人在將來無法做出醫療保健決定時提前聲明自己的意願。所有《預先制定醫療護理指示》資訊將保留在客戶的臨床記錄中。有關《預先制定醫療護理指示》以及如何執行的更多資訊，請參閱以下的常見問題解答部分。

Open Payments（公開支付款項）資料庫

《聯邦醫生支付陽光法案》(Physician Payments Sunshine Act) 要求，藥品、醫療設備和生物製劑的製造商支付給醫生的超過 10 美元的詳細資訊必須向公眾公開。Open Payments（公開支付款項）資料庫是一個聯邦工具，用於搜索藥品和設備公司向醫生和教學醫院支付的款項。可透過此連結查看 Open Payments（公開支付款項）資料庫：http://openpaymentsdata.cms.gov。

臨床診療指南

心理健康局製定並採用基於有效可靠的臨床證據和/或心理健康服務提供者共識的臨床診療參數。臨床診療參數會定期審查和更新。您可以在 https://secure2.compliancebridge.com/lacdmh/public/index.php?fuseaction=app.main&msg= 查閱 DMH 臨床診療參數，或者詢問您的心理健康服務提供者。

MyHealthPointe

MyHealthPointe 是一個線上客戶入口網站，可讓您輕鬆安全地查看自己的線上心理健康記錄。如需了解更多信息，請造訪我們的網站：https://dmh.lacounty.gov/client-portal/。

您簽署這份洛杉磯縣心理健康局的服務，即表示您理解您有以下的權利：

1. 您有權瞭解並參與選擇**《洛杉磯縣專業心理健康服務受益人手冊》**所描述的任何專業心理健康服務 。
2. 您有權接受這些服務，而無需接受洛杉磯縣心理健康局系統的其他服務。
3. 所有服務都是自願的，包括使用遠距醫療服務、電話、安全電子郵件和（或）安全簡訊，而且您有權請求更改服務提供者（診所或工作人員）。
4. 您可以選擇在任何時間（包括就診中的任何時間）拒絕或撤銷對任何服務、服務模式或溝通方式的同意，而不會影響將來接受醫護、治療的權利，或讓您原本有權享受的任何計畫福利面臨落空或撤銷的風險。在任何情況下，如果提供服務和（或）溝通的方式被認定為不是最合適的話，心理健康工作人員也可以撤回使用特定服務模式或溝通方式的資格。
5. 依據職員雇傭條件規定，所有洛杉磯縣心理健康局的員工每年都要簽署保密誓言書，禁止洩露客戶資訊（如情況符合聯邦、州及部門的保密法律、政策和程序側除外）。

6. 工作人員將向其披露的任何對治療重要的資訊，會記錄在臨床記錄中，以確保參與治療的工作人員在決定適合您的需求和護理品質的治療時，能夠獲得有關您的最完整資訊。
7. 您的身份資料和臨床資訊將錄入洛杉磯縣心理健康局的電子健康記錄系統，並可能酌情提供給洛杉磯縣心理健康局的工作人員以及其他參與您治療的授權人員。有關詳細資訊，請參閱《洛杉磯縣衛生機構隱私慣例通知》(Los Angeles County Health Agency Notice of Privacy Practices)。
8. 遠距醫療和電話服務的潛在風險包括因所使用的裝置出現部分或整體故障，而可能導致心理健康工作人員暫時無法提供心理健康服務。
9. 透過簽署使用安全電子郵件和（或）安全簡訊同意書，即表示您同意洛杉磯縣心理健康局的工作人員透過安全簡訊和安全電子郵件向您傳送有關您的心理健康狀況和護理的資訊。
10. 安全電子郵件和安全簡訊絕不會用於急迫或緊急情況和（或）用作診斷的管道。您應與服務提供者討論如何在正常工作時間後，在突發或緊急情況下聯繫他們的最好方式。透過安全電子郵件或安全簡訊進行評估的任何請求將不會被處理。

如選擇使用**遠距醫療、電話、安全電子郵件和（或）安全簡訊**時，個人裝置的技術問題是您需要考慮的因素。予以同意表示您理解以下內容：

1. 如果因安裝經洛杉磯縣心理健康局批准的遠距醫療/安全簡訊/安全電子郵件等應用程式而導致您的裝置出現任何衝突，故障或損壞，洛杉磯縣心理健康局對此概不負責。
2. 您對裝置和應用程式的處理，操作和維護負有全部責任。如果您的裝置遭受破壞，丟失或被盜而導致資訊洩露（包括但不限於裝置上的受保護健康資訊(PHI)），洛杉磯縣心理健康局對此概不負責。
3. 除非您和您的醫生明確同意，否則洛杉磯縣心理健康局會採用以上溝通方式（包括電話和遠距醫療會話）。
4. 未經您的同意，洛杉磯縣心理健康局不會將您的個人可識別圖像或遠距醫療交互資訊共用給研究人員或其他機構。
5. 從傳送安全簡訊和（或）安全電子郵件至您的治療服務提供者處變為已讀和（或）回覆狀態期間，中間可能會有延遲。您不知道簡訊/電子郵件中的資訊是否已閱，而且洛杉磯縣心理健康局也無法預測您何時會收到回覆。
6. 安全簡訊和安全電子郵件是洛杉磯縣心理健康局工作人員傳送和接收文本資訊的唯一做法。
7. 當您將個人裝置用於遠距醫療，電話和安全簡訊時，您需要承擔與此相關的任何資料使用或簡訊傳送費用。
8. 透過安全簡訊和安全電子郵件傳送的資訊可幫助心理健康工作人員提供治療和預約服務。
9. 雖然電子郵件和簡訊的傳送是安全的，但風險可能仍然存在。例如，傳送給您的電子郵件或簡訊有可能在無意中傳送給錯誤的電子郵件地址或電話號碼。

洛杉磯縣心理健康局
服務同意書

本人，_____，特此同意接受由**洛杉磯縣心理健康局**提供的心理健康服務。

我已閱讀本同意書中提供的資訊。我有機會就這些資訊提出問題，而且我的所有問題都得到了回答。我在此表明理解所提供的書面資訊。

我同意使用遠距醫療服務 同意 ☐ 不同意 ☐

我同意使用電話服務 同意 ☐ 不同意 ☐

我同意使用安全簡訊進行溝通 同意 ☐ 不同意 ☐

我同意使用安全電子郵件進行溝通 同意 ☐ 不同意 ☐

用於遠距醫療和（或）安全電子郵件的電子郵件地址： _____

用於電話和/或安全簡訊的電話號碼： _____

我已知悉《預先制定醫療護理指示》 的相關資訊 是 ☐ 否 ☐

我目前已有一份《預先制定醫療護理指示》 是 ☐ 否 ☐
如果回答是，請提供一份影本，以便我們保留在您的臨床記錄中

_____ 客戶簽名 _____ 日期

_____ 成年責任人簽名* _____ 與客戶關係 _____ 日期

*成年責任人=監護人、保護人或未成年人的父母（如需要）。

本機密資訊依據州和聯邦法律法規向您提供，包括但不限於依據適用的《福利和機構守則》、《民法典》和《HIPAA（健康保險隱私及責任法案）隱私規範》。除非法律許可，否則未經患者/相關授權代表事先書面授權，不得複製本資訊再行披露。當初始要求確立的目的達到之後，需將本資訊銷毀。

名稱：_____ 心理健康局(DMH) ID#：_____

機構：_____ 服務提供者 #：_____

洛杉磯縣 — 心理健康局

洛杉磯縣心理健康局
服務同意書

此頁由工作人員填寫

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

MH 500
2024 年 7 月 1 日

洛杉磯縣心理健康局
服務同意書

常見問題 (FAQ)
遠距醫療、電話、安全簡訊和安全電子郵件

遠距醫療/電話服務與心理健康工作人員的面對面會話有何不同？
除了客戶和洛杉磯縣心理健康局不在同一實際地點面對面交流之外，其他方面大致相同。醫生能夠提供適當的專業心理健康服務，記錄臨床資訊和提供的服務，並確保檔案存入客戶的臨床記錄中以供將來參考。

遠距醫療與電話服務之間有何區別？
遠距醫療服務會結合使用視訊電話會議和語音，因此，即使雙方位於不同的實際地點，醫生和客戶也可以看到對方並進行交流。電話服務即透過使用電話，使醫生和客戶也可以相互溝通，但沒有視像功能。透過遠距醫療及電話服務，醫生會繼續向客戶提供專業心理健康服務(SMHS)，並提供存入客戶臨床紀錄的檔案，以供日後參考。

如果我選擇不同意使用遠距醫療和（或）電話服務，會發生什麼情況？
如果您選擇不同意遠距醫療和（或）電話服務，洛杉磯縣心理健康局在提供服務時將不會使用這些方法，而只會提供面對面的服務。此外，選擇不同意遠距醫療和（或）電話不會影響您接受所涵蓋的任何專業心理健康服務的權益。電話將仍然用於溝通目的。

什麼是安全電子郵件？
安全電子郵件使客戶與洛杉磯縣心理健康局的員工輕鬆且安全地進行溝通，從而確保客戶的任何潛在敏感資訊保持安全。為了保護客戶的受保護健康資訊(PHI)，安全電子郵件將經過加密處理，因此除電子郵件的設定收件人之外，任何人都不可讀取資訊。

傳送任何包含客戶的受保護健康資訊(PHI)的電子郵件都必須受到安全保護。根據《健康保險隱私及責任法案》(HIPAA)，電子郵件安全和隱私法規是確保客戶隱私和機密性的必要條件。

安全電子郵件是什麼格式，以及是如何讀取的？
傳送安全電子郵件後，收件人將收到以下檔案：

1. 通知類型的郵件消息：通知消息說明某人已以註冊信封 (Registered Envelope) 的形式傳送了一則安全加密的消息。該通知還包括與註冊信封和思科註冊信封服務 (Cisco Registered Envelope Service) 的資訊有關的連結。

2. 加密的消息檔案附件：通知消息包括命名為「securedoc.html」的加密消息檔案附件，其中包括註冊信封和加密內容。如需查看註冊信件，必須將檔案附件保存到本地硬碟。一旦打開附件，收件人即可自行註冊並創建一個帳戶，借此不僅允許收件人讀取加密郵件，還能以安全和加密的格式傳送或回覆郵件。有關如何使用安全電子郵件造訪，閱讀或回覆的完整說明，請參閱以下連結：http://file.lacounty.gov/dmh/cms1_180460.pdf。

洛杉磯縣心理健康局
服務同意書

如果我不同意使用安全電子郵件，會怎麼樣？
如果您不同意使用電子郵件，洛杉磯縣心理健康局的工作人員就不會採納這種溝通模式，既不會向您傳送電子郵件，也不會提供他們的電子郵件地址給您。如果您向洛杉磯縣心理健康局工作人員傳送電子郵件，員工將透過其他溝通方式（例如電話或寄信的方式）回覆您。

什麼是安全簡訊？
安全簡訊是，透過使用洛杉磯縣心理健康局 (DMH) 批准的簡訊溝通應用程式，允許洛杉磯縣心理健康局授權提供安全方法傳送和接收加密的簡訊消息和圖片。該方法安全且已加密，並遵循與符合受保護健康資訊(PHI)/安全條款有關的所有法律。

如果我不同意使用洛杉磯縣心理健康局的安全簡訊聊天應用程式，會怎麼樣？
如果您不同意使用洛杉磯縣心理健康局批准的安全簡訊聊天應用程式，洛杉磯縣心理健康局的工作人員將不會傳送簡訊給您，或使用簡訊作為溝通的方式。如果您發簡訊給洛杉磯縣心理健康局的工作人員，後者將採用其他溝通方式（例如電話或安全郵件）回覆您。

我是否可以享受非醫療交通工具福利？
全面 Medi-Cal 的客戶和孕婦可有資格獲得非醫療交通服務，服務可延伸至產後第 365 天的當月月底。客戶需要向服務提供者口頭或書面證明他們無法解決交通需求，並且所有其他現有資源已合理用盡。需要非醫療交通工具福利的原因可能是以下任何一項：

- 沒有合法駕照。
- 家中無可用車輛。
- 無法單獨出行或等待 Medi-Cal 所含服務。
- 有身體、認知、心理或智障方面的限制。
- 沒錢為車輛加油，導致無法前去就診。

《預先制定醫療護理指示》
常見問題(FAQ)

什麼是《預先制定醫療護理指示》(Advance Health Care Directive)？
《預先制定醫療護理指示》是一份法律檔案，允許個人在將來無法做出醫療護理決定時預先聲明自己的意願。在加州，該《預先制定醫療護理指示》由兩部分組成：(1) 指定醫療保健代理人；(2) 提供個人醫療護理指示。

《預先制定醫療護理指示》可為精神障礙患者做些什麼？

- 它允許您現在做出治療選擇，以應對之後有關心理健康治療的需求。您可以告訴您的醫生、機構、服務提供者及診療中心，並判斷您想要及不想要的治療類型。
- 如果您自己無法做決定，您可以選擇朋友或家人做心理治療決定。
- 它可以改善您和醫生之間的溝通效率。
- 它還有可能減少長期住院的需要。
- 它將成為您的病歷其中一部份。

MH 500
2024 年 7 月 1 日

洛杉磯縣心理健康局
服務同意書

誰可以填寫《預先制定醫療護理指示》？
年滿 18 歲且有「能力」作醫療保健決定的任何人。「能力」是指該人士瞭解所建議的治療的性質和後果，包括風險和益處。

《預先制定醫療護理指示》何時生效？
當主治醫生決定患者沒有「能力」作出自己的醫療保健決定時，《預先制定醫療護理指示》將隨之生效。這意味著，該患者無法理解所建議的治療性質和後果。與此同時，住進精神診療機構並不意味著此人缺乏「能力」做出自己的治療決定。

《預先制定醫療護理指示》的有效期為多久？
在加州，《預先制定醫療護理指示》保有永久有效權。只要您有「能力」作出決定，您就可以隨時改變治療決定。建議每年查看一次您的《預先制定醫療護理指示》，以確保您的醫療意願列寫在其內。

我是否必須具有《預先制定醫療護理指示》？
不是。這只是您具有能力的情況下表達您醫療意願的權利，因為您的醫療選擇權非常重要。

我能從哪裡獲得有關《預先制定醫療護理指示》的法律建議？
- 您的律師
- Protection and Advocacy, Inc.

我可以在哪裡獲得《預先制定醫療護理指示》的表格？
- 您的律師處
- 文具店
- 互聯網

誰應該持有《預先制定醫療護理指示》的影本？
- 您本人（您的《預先制定醫療護理指示》應保存在安全且容易拿到的地方。）
- 您的代理人（如果您無法做出醫療決定，則指定其替您做出醫療決定的人員。）
- 您的每一位醫療服務提供者
- 您的每一位心理健康服務提供者

如果您的《預先制定醫療護理指示》有任何修改，請通知所有《預先制定醫療護理指示》影本的擁有者。

如未遵循《預先醫療保健指令》，我應向誰投訴？
如有針對不遵循《預先醫療保健指令》要求的相關投訴，可提交至加州衛生服務署 (DHS) 的許可和認證司 (Licensing and Certification)，投訴方式為致電 1-800-236-9747，或郵寄至 P.O.Box 997413, Sacramento, California 95899-7413。