



洛杉矶县精神卫生局 员工/志愿者/实习生观摩知情同意书

同意与授权

签署本表格的服务对象*或负责成年人**同意并授权上述机构/项目的员工、志愿者和/或实习生出于教育、培训和/或服务质量的观摩心理健康诊疗过程。

签署本表格者理解并确认以下内容：

1. 我有权随时拒绝其他员工、志愿者或实习生观摩诊疗过程。
2. 签署本表格不会影响我所获得的心理健康服务的提供或质量。
3. 观摩仅出于教育、培训和/或质量保证目的进行。
4. 本同意完全出于自愿。
5. 除非我（或我的法定代理人**）以书面形式撤回同意，或直至我终止接受服务，否则本同意持续有效。
6. 观摩可以在单向镜/单向玻璃窗后进行，也可以在我与心理健康服务提供者所在的房间内进行。

确认与签字

服务对象签名*：	服务对象姓名：	日期：
负责成年人签名**：	与服务对象的关系：	日期：
见证人/口译员签名***：	口译语言：	日期：

语言口译及副本记录：

* 本知情同意书已用_____为服务对象和/或负责成年人进行口译。（注：如已签署本知情同意书的翻译版本，请将翻译副本附于此英文版本后。）

* 签署人副本领取情况：

本保密信息是根据州和联邦法律法规提供给您的，包括但不限于适用的《福利与机构法典》（Welfare and Institutions code）、《民法典》（Civil Code）以及《健康保险流通与责任法案》（HIPAA）隐私标准。未经相关服务对象/授权代理人事先书面许可，禁止复制本信息用于进一步披露，法律另有规定的除外。本信息在完成原始申请所述目的后，须予以销毁。

姓名：_____ 身份识别编号：_____

机构：_____ 服务提供者编号：_____

洛杉矶县 - 精神卫生局



☐ 签署人已获得本知情同意书副本	
☐ 签署人拒绝领取本知情同意书副本	
提供/拒绝日期: _____ 工作人员姓名首字母缩写: _____	
工作人员例外情况及撤回记录 (仅当服务对象/负责成年人未签署或撤回同意时, 由工作人员填写)	
☐ 服务对象愿意接受服务, 但不愿签署本知情同意书。	
☐ 服务对象不愿意被观摩。	
☐ 服务对象/负责成年人此前已提供同意, 但希望自 _____ (日期) 起撤回同意。	
工作人员签名: _____	日期: _____

* 未成年服务对象: 以本人签名接受服务的未成年服务对象, 其临床病历中必须存有已签署的《未成年人同意书》。

** 负责成年人: 监护人、托管人, 或法律要求时未成年人的父母。

*** 见证人/口译员: 见证本表格签署的人员 (工作人员或其他人员), 或为服务对象将本表格口译为其他语言的人员。

本保密信息是根据州和联邦法律法规提供给您, 包括但不限于适用的《福利与机构法典》(Welfare and Institutions code)、《民法典》(Civil Code) 以及《健康保险流通与责任法案》(HIPAA) 隐私标准。未经相关服务对象/授权代理人事先书面许可, 禁止复制本信息用于进一步披露, 法律另有规定的除外。本信息在完成原始申请所述目的后, 须予以销毁。	姓名: _____ 身份识别编号: _____ 机构: _____ 服务提供者编号: _____ 洛杉矶县 - 精神卫生局
--	--