

화상통화 정신 의료 서비스에 대한 정보

화상통화 정신 의료 서비스가 무엇이며 언제 사용됩니까?

화상통화 정신 의료 서비스는 정신 보건국 직원이 귀하의 정신건강을 위해 필요한 사항을 평가하고 적절한 경우 약을 처방하기 위해 물리적으로 귀하와 같은 장소에 있지 못할 때 사용됩니다. 최근에 이용 가능해진 과학기술을 이용하여, 정신 보건국 직원은 다른 장소에서 귀하께 서비스를 제공할 수 있습니다. 다른 장소에 있는 사람과 전화로 이야기를 하는 대신, 화상통화 정신 의료 서비스는 비디오 카메라와 컴퓨터를 사용하여 귀하와 정신 보건국 직원 서로의 음성과 개인 영상(화면)을 전송하므로, 대화를 할 수 있을 뿐만 아니라 화면을 통해 상대방을 볼 수도 있습니다. 따라서 정신 보건국 직원이 귀하가 어떤 진료를 필요로 하는지 잘 평가할 수 있습니다.

화상통화 정신 의료 서비스는 어떤 방법으로 실시됩니까?

귀하께서는 개인용 방에 혼자 있거나 아니면 친구, 가족 또는 직원과 함께 있게 될 것입니다. 방에는 컴퓨터와 비디오 카메라가 준비되어 있을 것입니다. 정신 보건국 직원도 같은 종류의 장비가 갖추어져 있는 다른 장소의 개인용 방에 있을 것입니다. 진료를 시작할 준비가 되면, 병원 직원이 컴퓨터와 카메라를 작동시키고, 귀하와 정신 보건국 직원은 화면을 통해 서로를 보면서 대화할 수 있습니다. 진료가 끝나면 병원 직원은 장비의 사용을 종료할 것입니다.

이 방법은 정신 보건국 직원과의 정규 진료와 어떻게 다릅니까?

귀하와 정신 보건국 직원이 같은 방에 있지 않는 점 이외에는 정규 진료와 다른 점이 거의 없습니다. 정신 보건국 직원은 귀하께 질문을 드리고, 귀하께서 말하시는 임상 정보를 기록하며, 약이 처방되는 경우 귀하께서 약국에서 약을 받으실 수 있도록 약국으로 처방전을 보내고, 제공된 진료 서비스를 기록하며, 향후 참고 자료가 되도록 자료를 임상 기록으로 남깁니다.

만약 내가 화상통화 정신 의료 서비스에 동의하지 않기로 결정하면 어떻게 됩니까?

귀하께서 화상통화 정신 의료 서비스에 동의하지 않으시면, 저희는 편리하고 지금 당장 이용할 수 있는 서비스를 귀하께 제공해 드릴 수가 없게 되고, 귀하의 의료 서비스는 향후의 다른 날짜 및/또는 다른 장소로 일정이 잡히게 됩니다.

이 기밀 정보는 해당되는 복지 및 시설법 (Welfare and Institutions code), 민법, 건강보험의 이전 및 책임에 관한 법(HIPAA) 등의 사생활 기준을 포함하지만 그에 한정되지 않는 주법, 연방법, 규정에 따라 제공됨. 법에 의해 허용되는 경우를 제외하고는, 본 정보와 관련된 고객/위임 받은 대리인의 사전 승인 없이 추가적인 공개를 위해 이 정보를 복제 할 수 없음. 이 정보는 명백히 진술된 본래의 목적이 충족된 이후에는 파괴되어야 함.

성명:
기관:

IS 번호:
기관 번호:

로스엔젤레스 카운티 정신 보건국

나는 다음 사항을 이해합니다:

1. 나는 지금 동의를 보류할 선택권이 있습니다. 나는 진료 중일 때를 포함하여 어느 때라도 이 동의를 철회할 수 있습니다. 동의를 보류하거나 철회하는 것이 나의 치료를 받을 권리나 장래의 진료에 영향을 미치지 않을 것입니다. 동의를 보류하거나 철회하는 것이 내가 받을 권리가 있는 프로그램 혜택에 불리한 영향을 미치지 않을 것입니다.
2. 화상통화 정신 의료 서비스의 잠재적인 이점은 나의 필요를 평가하기 위해 오늘 현재의 환경에서 정신 보건국 직원과 대화를 나눌 수 있게 될 것이라는 점입니다. 적절한 경우, 나는 정신 의료 서비스에 참여하거나, 오늘부터 투약을 시작하거나, 현재의 약물을 중단 없이 계속 투약할 수 있게 될 것입니다.
3. 화상통화 정신 의료 서비스의 잠재적인 위험은 사용 장비의 부분적 또는 전체적 결함으로 인해 정신 보건국 직원이 평가, 화상통화 정신 의료 서비스 및/또는 약 처방 과정을 완료하지 못할 수도 있다는 것입니다.
4. 화상통화 정신 의료 서비스에 대한 비디오 또는 음성 기록은 영구적으로 보관되지 않습니다.
5. 기존의 모든 개인정보의 비밀보장이 적용됩니다.
6. 정신 건강 정보 및 기록에 대한 고객의 접근과 관련된 모든 기존의 법규가 적용됩니다.
7. 화상통화 의료 상담의 상호 반응 중에서 피상담자가 누구인지 알아볼 수 있는 영상이나 정보는 고객의 동의 없이는 연구자나 기타 단체에 배포되지 않을 것입니다.

_____는 내가 있는 장소에서 나의 필요에 부응하는 적절한 정신 보건국 직원과 바로 상담할 수 없는 경우에, 화상통화 정신 의료 서비스를 이용하기로 동의합니다. 나의 정신 의료 서비스 제공자는 위에 제공된 정보에 대해 나와 토의를 하였습니다. 나는 이러한 정보에 대해 질문할 수 있는 기회를 가졌으며, 나의 모든 질문에 대한 답변을 들었습니다. 나는 위에 제공된 서면 정보를 이해합니다.

_____		_____
고객의 서명*		날짜
_____	_____	_____
책임이 있는 성인**	고객과의 관계	날짜
_____		_____
증인/통역자의 서명***		날짜

본 동의서는 고객 및/또는 책임이 있는 성인을 위해 _____어로 통역되었음.
 고객 및/또는 책임이 있는 성인이 이 서식의 번역본에 서명을 한 경우, 해당 번역본이 영어 문서에 첨부되어야 함.
 _____에 _____이(가) 본 동의서의 사본을 서명자에게 제공했음 ; 제공을 거절했음 .
 날짜 영문 성명 첫 글자

미성년자에 의해 서명된 경우 또는 고객 및/또는 책임이 있는 성인의 서명이 없는 경우, 반드시 직원이 다음 항목을 작성해야 함.

- 고객이 화상통화 정신 의료 서비스는 원하지만, 본 동의서에 서명을 원하지 않음.
- 나는 부모/보호자의 동의 없이 위에 서명한 12-18 세 고객을 위해 미성년자 동의서를 작성했거나 작성이 되도록 했으며, 고객이 미성년자 동의서 서식에서 표시된 바, 법적 대리인의 동의 없이 처방약을 받을 수 있는 모든 자격 기준을 갖추었다고 확인합니다.

_____		_____
직원의 서명		날짜

* 자신의 서명 하에서 서비스를 제공받는 미성년 고객의 경우, 반드시 임상 기록에 서명된 미성년자 동의서가 들어 있어야 함.
 ** 책임이 있는 성인 = 보호자, 후견인 또는 필요한 경우 미성년자의 부모.
 *** 증인/통역자 = 동의서의 서명을 목격한 사람(직원일 수도 있고 다른 사람일 수도 있음) 또는 고객을 위해 본 동의서 내용을 다른 언어로 통역한 사람 (통역하여 말한 언어가 명기되어야 함).

이 기밀 정보는 해당되는 복지 및 시설법 (Welfare and Institutions code), 민법, 건강보험의 이전 및 책임에 관한 법(HIPAA) 등의 사생활 기준을 포함하지만 그에 한정되지 않는 주법, 연방법, 규정에 따라 제공됨. 법에 의해 허용되는 경우를 제외하고는, 본 정보와 관련된 고객/위임 받은 대리인의 사전 승인 없이 추가적인 공개를 위해 이 정보를 복제 할 수 없음. 이 정보는 명백히 진술된 본래의 목적이 충족된 이후에는 파기되어야 함.	성명: _____ 기관: _____ IS 번호: _____ 기관 번호: _____ 로스앤젤레스 카운티 정신 보건국
---	---