

서비스에 대한 동의서

아래에 서명한 고객* 또는 책임이 있는 성인**은 다음 시설 및/또는 프로그램의 서비스에 대해 동의하고 승인합니다:

_____ 시설 및/또는 프로그램 이름

이러한 서비스는 심리 검사, 심리 요법/상담, 재활 서비스, 투약, 사례 관리, 실험실 검사, 진단 절차 및 기타 적절한 서비스를 포함할 수 있습니다. 이러한 서비스는 여러 장소들에서 제공될 수 있지만, 로스앤젤레스 카운티 정신 보건 시스템 내에서 제공되는 서비스들은 한 해당 기관에 의해 조정될 것입니다.

아래에 서명한 사람은 다음 사항을 이해합니다:

1. 서명자는 제공되는 모든 상기 서비스들에 대해 통보를 받고 서비스 선택에 참여할 권리가 있습니다.
2. 서명자는 상기 모든 서비스를, 로스앤젤레스 카운티 정신 보건 시스템이 제공하는 다른 서비스를 받아야 한다는 전제 조건 없이 받을 권리가 있습니다.
3. 상기 모든 서비스에 대한 참가는 자발적인 것이며, 서명자는 언제든지 서비스 제공자 (기관 또는 직원) 변경을 요청하거나 이 동의서를 철회할 수 있는 권리가 있습니다.
4. 서비스 기관의 모든 직원들은 매년 고용의 조건으로서 기밀유지 서약서에 서명을 하게 되어 있으며, 이 서약은 연방법, 주법 및 정신 보건국의 기밀 보호법, 보호 정책 및 보호 절차에 의해 허락되는 상황을 제외하고는 고객에 관한 정보의 공개를 금지합니다.
5. 고객의 치료를 위해 중요하다고 판단되어 직원에게 공개되는 정보는 고객의 임상 기록에 기록될 것인데, 이는 치료를 하는 직원이 고객의 필요에 부응하고 양질의 치료를 제공하기 위해 치료 방법을 결정할 때에 고객에 대한 가장 완전한 정보에 기초하여 그런 결정을 내릴 수 있도록 보장하기 위해서입니다.
6. 모든 고객의 이름은 컴퓨터를 기반으로 한 정보 시스템에 입력되는데, 이 정보 시스템에는 고객에게 서비스를 제공하는 프로그램(들)이 밝혀져 있습니다. 이 정보는 정신 보건국이 직접 관찰하거나 혹은 계약을 맺고 있는 서비스 기관의 직원이 고객의 허가 없이 열람할 수 있습니다.
7. 서비스 제공 필요와 관련된 고객의 임상 기록 정보는 서비스 기관 내에서 그리고 로스앤젤레스 정신 보건국 (직접 관찰 기관 및 계약 기관) 내에서 고객의 승인 없이 공유될 수도 있습니다.

_____ 고객*의 서명

_____ 날짜

_____ 책임이 있는 성인**

_____ 고객과의 관계

_____ 날짜

_____ 증인/통역자***의 서명

_____ 날짜

본 동의서는 고객 및/또는 책임이 있는 성인을 위해 _____으로 통역되었음.

고객 및/또는 책임이 있는 성인이 이 동의서의 번역본에 서명한 경우, 해당 번역본이 영어 문서에 첨부되어야 함.

_____ 이(가) _____에 본 동의서의 사본을 서명자에게 제공했음 ; 서명자가 사본을 거절했음 .

영문 성명 첫 글자

날짜

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

고객은 기꺼이 서비스를 받으려 하지만, 본 동의서에 서명을 하지 않으려고 함.

본인은 부모/보호자의 동의 없이 위에 서명한 12-18 세 고객을 위해 미성년자 동의서를 작성했거나 작성되도록 했음.

_____ 직원의 서명

_____ 날짜

* 자신의 서명 하에서 서비스를 제공받는 미성년 고객의 경우, 서명된 미성년자 동의서가 임상 기록에 꼭 있어야 함.

** 법적 책임/보호자 = 보호자, 후견인 또는 필요한 경우 미성년자의 부모.

*** 증인/통역자 = 동의서의 서명을 목격할 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 파괴되어야 함.

성명:

IS 번호:

기관:

기관 번호:

로스앤젤레스 카운티 정신 보건국

서비스 동의서