



ФОРМА СОГЛАСИЯ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ ЭЛЕКТРОННОЙ СВЯЗИ

ИНФОРМАЦИЯ О КЛИЕНТЕ	
Полное имя клиента:	Дата рождения:
№ медицинской карты:	
Поставщик услуг / Программа:	
<input type="checkbox"/> Этот поставщик услуг проверил и обновил следующие данные клиента: текущий адрес, номер телефона и контакты для связи в критической ситуации.	

У вас есть возможность отправлять электронные сообщения в Службу по охране психического здоровья и реабилитации (Behavioral Health & Recovery Services, BHRS) и получать электронные сообщения от BHRS, а также посещать приемы дистанционно (по телефону или при помощи услуги телемедицины (по видеосвязи)). Служба BHRS хотела бы убедиться, что вы понимаете риски, преимущества, ограничения и требования, связанные с использованием электронной связи (в том числе телемедицины). Информация, полученная при помощи средств электронной связи вашим поставщиком услуг BHRS, может быть использована для диагностики, лечения, ухода, последующего наблюдения и (или) обучения. Для обеспечения безопасности электронной связи, используемой BHRS, применяются меры безопасности, однако это не устраняет всех рисков, связанных с электронной связью. Телемедицинские приемы (по видеосвязи) и приемы в телефонном режиме не будут записываться без вашего согласия.

Если вам неудобно пользоваться электронной связью или встречаться с поставщиком услуг с помощью технологии видеоконференции, вы можете отказаться от использования этой технологии и назначить очный прием или обычный телефонный прием без видеосвязи в любое время, без каких-либо ограничений, связанных с общественным здравоохранением или другими вопросами. Если вы предпочитаете очные приемы, но у вас проблемы с транспортом, сотрудники могут помочь вам ознакомиться со льготными транспортными услугами Medi-Cal немедицинского назначения, которыми вы могли бы пользоваться для посещения очных приемов.

Потенциальные преимущества

www.smchealth.org/BHRSComplianceProgram

<http://smchealth.org/bhrs-documents>

Policy 22-07: Atch A Electronic Communication Consent Form (Russian)

Attachment last revised: 10/03/25



- Улучшение доступа к медицинским услугам, что позволит клиенту находиться в удаленном месте и дистанционно получать услуги или информацию от поставщиков.
- Клиент остается рядом с домом, где местные поставщики медицинских услуг могут соблюдать непрерывность ухода.
- Снижение количества перемещений для клиента или другого поставщика услуг.
- При использовании телемедицины клиент может видеть и слышать поставщика услуг, а поставщик может видеть и слышать клиента, как если бы они находились вместе в одном кабинете.

Потенциальные риски и ограничения

- Использование электронной связи (в том числе телемедицины) сопряжено с потенциальными рисками и ограничениями, в частности указанными ниже.
 - Поставщик услуг может определить, что в процессе клинического приема по методу телемедицины или по телефону невозможно собрать достаточно информации для принятия правильного клинического решения, что может потребовать дополнительного очного приема.
 - Технологические проблемы, связанные с дистанционными услугами (в телефонном режиме или по методу телемедицины), могут в любой момент повлечь задержки медицинских оценок и лечения.
 - В исключительно редких случаях протоколы безопасности могут дать сбой, что приведет к нарушению конфиденциальности информации клиента. Клиенту оперативно сообщат, если возникнут проблемы с защитой конфиденциальных данных.

Я понимаю указанную ниже информацию.

- Использование электронной связи, при которой информация отправляется, принимается или хранится в электронном виде, сопряжено с определенным уровнем угрозы безопасности. BHRS рекомендует, а в некоторых случаях требует использовать безопасные (зашифрованные) формы связи для минимизации угрозы безопасности, хотя я понимаю, что это не всегда гарантирует или устраняет риск потенциальной утечки информации.
- В некоторых случаях округ может предоставить соответствующую требованиям Закона о переносимости и подотчетности медицинского страхования (Health



MRN:

Client Name:

Insurance Portability & Accountability Act, HIPAA) и сертифицированную безопасную платформу для обмена сообщениями (используемую через веб-приложение или мобильное приложение) для обеспечения конфиденциального общения между клиентом и поставщиком услуг. Клиенты не должны ожидать, что защищенные сообщения, передаваемые через платформу, соответствующую требованиям HIPAA, заменят собой обращение за психиатрической помощью при очном приеме (или приеме по видеосвязи) или приеме в телефонном режиме у поставщика психиатрических услуг или будут использоваться вместо такого обращения.

- Для телемедицинских приемов необходимо использовать авторизованные BHRS платформы, поскольку утвержденные платформы соответствуют требованиям HIPAA и обеспечивают шифрование для безопасности моих приемов у поставщика услуг.
- Текстовые сообщения и электронные письма предназначены в основном только для логистических целей, например для подтверждения приема. Конфиденциальность клиента очень важна. Так как текстовые сообщения не соответствуют стандартам защиты конфиденциальности, в них не должна содержаться личная медицинская информация. Сообщайте все клинические подробности в голосовой почте или дождитесь разговора непосредственно с поставщиком услуг.
- Если я прошу присылать мне текстовые сообщения или незашифрованные электронные письма, это сопряжено с повышенным риском нарушения безопасности, и я принимаю этот риск, чтобы получать незашифрованные электронные сообщения.
- Сотрудники не проверяют электронную почту, голосовые или текстовые сообщения в нерабочее время и выключают свои рабочие устройства, когда не работают.
 - Сотрудники должны постоянно обновлять сообщения своей рабочей голосовой почты и приветствия на мобильном телефоне, указывая свой график работы и время отсутствия. Приветствия также включают информацию о том, как я могу получить срочную помощь в отсутствие сотрудника.
- Сотрудники не смогут получать сообщения и отвечать на них, если находятся с другим клиентом или на встрече, за рулем или занимаются другими делами,

www.smchealth.org/BHRSComplianceProgram

<http://smchealth.org/bhrs-documents>

Policy 22-07: Atch A Electronic Communication Consent Form (Russian)

Attachment last revised: 10/03/25



которые мешают им ответить.

- Текстовые сообщения моему поставщику услуг, сообщения на голосовую или электронную почту не предназначены для решения срочных или экстренных вопросов. Я понимаю, что если я оставляю сообщение посредством электронной связи, то нет гарантии, что поставщик услуг сможет получить сообщение и ответить на него.
- Без электронного согласия связь и непрерывность ухода для клиента и его поставщиков услуг могут быть отложены и прерваны.
- Если у меня возникнет экстренная или неотложная потребность, то я могу обратиться в отделение скорой помощи больницы, в службу неотложной помощи или связаться с горячей линией для кризисных ситуаций. Ниже указаны номера телефонов местных служб, которые предоставил персонал.
 - Срочная психиатрическая помощь: _____
 - Круглосуточная кризисная линия: _____

Подписывая настоящую форму или давая устное согласие, ознакомившись с ней, я подтверждаю, что прочитал (-а), понял (-а) и обсудил (-а) со своим поставщиком услуг риски, преимущества и ограничения каждого вида электронной связи, в том числе телемедицины. Я также понимаю указанное ниже.

1. У меня есть право на посещение очных приемов, а использование мной услуг телемедицины является добровольным. Мое согласие на использование услуг телемедицины можно отменить в любой момент, и это не повлияет на мое право получать покрываемые услуги Medi-Cal в будущем.
2. Я могу рассчитывать на ожидаемую пользу от использования электронных средств связи, в том числе телемедицины, в процессе моего лечения, но при этом никакие результаты или определенные исходы не гарантированы.
3. Законы, которые защищают конфиденциальность и врачебную тайну медицинской информации, также применимы и к электронным средствам связи, в том числе телемедицине.
4. Использование электронной связи с моим поставщиком услуг связано с определенными рисками и ограничениями.



MRN:
Client Name:

Телефон

- Предоставляя свой номер телефона, я разрешаю Службы по охране психического здоровья и реабилитации (Behavioral Health and Recovery Services, BHRS) и своей медицинской группе предоставлять услуги по телефону и передавать сообщения о назначенных приемах, ресурсах и т. д. с использованием телефонных звонков или текстовых сообщений либо через защищенную систему обмена сообщениями, отвечающую требованиям HIPAA, в соответствии с политикой BHRS.
- Я разрешаю BHRS отправлять голосовые сообщения с подробностями мне на голосовую почту.

Электронная почта

- Предоставляя свой адрес электронной почты, я разрешаю BHRS и своей медицинской группе передавать сообщения о назначенных приемах, службах сообщества, опросах и т. д. в соответствии с политикой BHRS.
- Я даю согласие на отправку и получение электронных писем в незашифрованном формате.

Телемедицина

- Я разрешаю BHRS предоставлять мне услуги посредством телемедицины (по видеосвязи).

Общение с моим поставщиком услуг по его рабочему мобильному телефону

- Я принимаю и понимаю риски и ограничения, связанные с общением с моим поставщиком услуг по его рабочему мобильному телефону.

Устное согласие

- Эта форма была рассмотрена вместе с клиентом. Клиент устно подтвердил понимание описанной выше информации об электронной связи, в том числе телемедицине, и получение ответов на все свои вопросы. Клиент дает согласие на использование электронной связи, как указано выше. Дата/время устного согласия: _____

Клиент разрешает _____ (название



MRN:
Client Name:

агентства) использовать телемедицину в процессе постановки диагноза и лечения.

**Подпись / устное
подтверждение
клиента (или
уполномоченного лица)**

**Дата/
время**

**Подпись поставщика
услуг, подтверждающего,
что было получено
информированное
согласие**

**Дата/
время**