



MRN:
Client Name:

電子通訊同意書

客戶資訊	
客戶姓名：	出生日期：
醫療記錄編號：	
提供者 / 計畫：	
<input type="checkbox"/> 本提供者已審查並更新客戶目前的地址、電話號碼和緊急聯絡人。	

您可以選擇傳送和接收與行為健康和康復服務部 (Behavioral Health and Recovery Services, BHRS) 之間往來的電子通訊，以及透過電話或遠距醫療（視訊）的方式遠距參加會診。BHRS 想要確保您了解使用電子通訊（包括遠距醫療）的風險、效益、限制和要求。我們會從您與 BHRS 醫療護理提供者進行的電子通訊中收集資訊，並可能會將其用於診斷、治療、療法、後續訪視和/或教學。我們可能會採取安全措施，以確保 BHRS 使用的電子通訊的安全性，但是這樣無法消除電子通訊伴隨的所有風險。若未得到您的同意，遠距醫療（視訊）和電話的交流都不會進行錄製。

如果您不願意使用電子通訊或透過視訊會議技術向醫療護理提供者求診，您可以拒絕使用該技術，並隨時安排面對面問診或不涉及視訊的傳統電話問診，但需遵守有關公共衛生或其他問題的限制。如果您偏好面對面問診，但是面臨交通上的障礙，工作人員可以協助您了解 Medi-Cal 的非醫療交通福利，看是否能協助您赴診。

可能的效益：

- 客戶可足不出戶從遠距離的醫療護理提供者處獲得服務或資訊，獲得更多接受護理的機會。
- 客戶可留在離家較近的地方，由當地的醫療護理提供者進行持續的護理。
- 減少客戶或提供者出行的需要。
- 使用遠距醫療，客戶將能夠看到醫療護理提供者和聽到其聲音，醫療護理提供者也能夠看到客戶和聽到客戶的聲音，與他們身處同一個房間無異。

可能的風險和限制：

- 與使用電子通訊（包括遠距醫療）相關的潛在風險和限制包括但不限於：
 - 醫療護理提供者可能會認為遠距醫療或透過電話看診，無法提供足夠的資



訊來做出適當的臨床決策，這可能需要進行額外的面對面就診。

- 與遠距服務（透過電話看診或遠距醫療）相關的技術問題，隨時可能導致醫療評估和治療的延誤。
- 在極少數情況下，安全協議可能會失效，從而導致客戶的個人資訊隱私受侵犯。如果出現任何安全問題，客戶將立即收到通知。

本人明白：

- 使用電子通訊，也就是以電子網路的方式傳送、接受或儲存資訊，會帶有某種程度的安全風險。BHRS 建議使用安全（加密）的通訊形式，某些情況下還會強制要求這麼做，以將安全風險降到最低，不過本人理解這樣不一定能完全保障或消除資訊外洩的潛在風險。
- 在某些情況下，縣可提供符合《健康保險攜帶性與責任法案》(Health Insurance Portability & Accountability Act, HIPAA) 且經過認證的安全訊息收發平台（透過網頁或行動應用程式使用），使客戶/醫療護理提供者可以進行私人談話。透過與心理健康醫療提供者進行面對面（或視訊）或電話訪視時，客戶不應該期待在符合 HIPAA 的平台上交換的安全訊息可以或應該用來替代尋求心理健康護理服務。
- 使用 BHRS 授權的遠距醫療平台，必須是用於遠距醫療約診，因為已核准的平台符合 HIPAA 並經過加密，以確保和我的醫療護理提供者會診的安全性。
- 簡訊和電子郵件主要僅只用於後勤保障，如預約確認。客戶隱私極為重要。由於簡訊不符合隱私標準，因此不能包含私人健康資訊。請將所有的臨床細節資訊留在語音留言中，或是等到與醫療護理提供者直接交談時再討論。
- 如果我要求接收簡訊或未加密的電子郵件，安全性受到侵犯的風險會更高，我為了接收未加密的電子訊息，願意接受這樣的風險。
- 工作人員在工作時間以外不會查看電子郵件、語音留言或簡訊，且會在不工作時將工作用的裝置關機。
 - 工作人員會根據其工作進度和時間，及時更新辦公室語音留言和手機問候語。這些問候語將包括工作人員不在的情況下，本人如何獲得緊急協助的相關資訊。
- 如果工作人員正在接待其他客戶，或是在開會、開車或參與其他任務使他們無法回應，他們就無法接收或回應訊息。



- 若透過簡訊、語音留言或電子郵件傳送訊息給我的醫療護理提供者，則不是為了解決急迫或緊急的問題。我理解，如果透過電子通訊的方式留下訊息，並不保證醫療護理提供者何時能夠收到和回覆該訊息。
- 如果沒有得到電子同意，客戶及其醫療護理提供者的通訊和護理延續性可能會延遲並中斷。
- 如果我有緊急或急迫的需求，我理解我可以前往醫院急診室、緊急護理或聯絡危機熱線。工作人員提供了下列當地電話號碼：
 - 精神病急診服務：_____
 - 24 小時危機熱線：_____

在這份表格上簽署或提供口頭同意，即表示我承認本人已經閱讀、理解並且與我的醫療護理提供者討論過各種電子通訊形式（包括遠距醫療）的風險、效益和限制。具體來說，我理解：

1. 本人有權獲得面對面診療，且可自願選擇是否使用遠距醫療。本人可隨時撤銷本人針對使用遠距醫療給予的許可，且這不會影響本人今後獲得 Medi-Cal 承保服務的能力。
2. 本人可以期望在護理過程中，使用包括遠距醫療在內的電子通訊會帶來的預期效益，但是無法保障或保證任何結果或特定效果。
3. 保護隱私和醫療資訊保密性的法律也適用於包括遠距醫療在內的電子通訊。
4. 與我的醫療護理提供者使用電子通訊存在風險和限制。

電話

- 提供我的電話號碼，即表示本人授權行為健康和康復服務部 (Behavioral Health & Recovery Services, BHRS) 和本人的治療團隊，根據 BHRS 政策，透過電話提供服務，或透過電話、訊息或安全的符合 HIPAA 的訊息方式來溝通預約、可用資源等問題。
- 本人授權 BHRS 在我的語音信箱中留下包含詳細資訊的語音留言。

電子郵件

- 提供我的電子郵箱，即表示本人授權 BHRS 和我的治療團隊，依照 BHRS 政策，傳達有關預約、社區資源、調查等事項的訊息。



MRN:
 Client Name:

本人同意以未加密的格式傳送和接收電子郵件訊息。

遠距醫療

本人授權 BHRS 透過遠距醫療（視訊）提供我的服務。

與我的醫療護理提供者使用其工作用手機通訊

本人同意與我的醫療護理提供者使用其工作用手機進行通訊並理解其中的風險和限制。

口頭同意：

已與客戶一同審閱此表格。客戶已口頭確認了解上述提供的有關電子通訊（包括遠距醫療）的資訊，並且客戶的所有問題均已得到解答。如同上文所述，客戶同意使用電子通訊。口頭同意的日期/時間：_____

客戶已授權 _____（機構名稱）在其診斷和治療過程中使用遠距醫療。

客戶（或授權人士）

的
 簽名/口頭確認 _____ 日期/
 時間 _____

醫療護理提供者簽名
 確認 _____ 日期/
 已取得知情同意 _____ 時間 _____