

Клинические формы согласия в руководстве для врачей Avatar: сценарии бесед 2021 г.

СЦЕНАРИЙ БЕСЕДЫ С НОВЫМ КЛИЕНТОМ

* Все бумажные версии форм согласия можно найти по ссылке: <https://www.smchealth.org/consents>

Эти формы согласия должны заполнять уполномоченные сотрудники клиники.

ВВЕДЕНИЕ

Поскольку вы являетесь новым клиентом Службы по охране психического здоровья и реабилитации (Behavioral Health and Recovery Services, BHRS), я хотел (-а) бы вместе с вами рассмотреть следующую информацию и разъяснить вам, какими правами вы обладаете. Мы обсудим несколько форм согласия, содержащих вопросы, в отношении которых я хотел (-а) бы получить ваше согласие и подтверждение. **Вы не против?** Дополнительная информация об услугах BHRS, которая может оказаться для вас полезной, представлена по ссылке: <https://www.smchealth.org/new-client-information-english>

Я хотел (-а) бы отправить вам по электронной почте копию этих форм согласия, как только мы закончим их совместное рассмотрение. **Какой ваш адрес электронной почты?**

(Примечание для врачей: **добавьте адрес электронной почты в форму «Update Client Data» («Обновление данных клиента»)** в Avatar. Когда вы отправляете клиенту по электронной почте PDF-версию документа, **для шифрования электронного письма укажите в строке темы #sec#**. Шаблоны электронных писем вы найдете в нижней части этого документа.)

СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ И УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРИНЦИПАХ СОБЛЮДЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ (обязательно к рассмотрению всеми новыми клиентами)

BHRS спрашивает ваше согласие на получение услуг по охране психического здоровья, которые могут включать ведение пациентов и услуги по медикаментозной поддержке (только если вы предоставите свое согласие на получение такого рода услуг). **Согласны ли вы получать медицинское обслуживание от BHRS?**

Я предоставлю вам подробное уведомление о соблюдении конфиденциальности. Если после рассмотрения данного уведомления у вас возникнут вопросы, дайте мне знать. Законодательство обязывает нас следить за тем, чтобы позволяющая раскрыть вашу личность информация о состоянии вашего поведенческого здоровья хранилась в тайне. Мы обязаны предоставить вам настоящее уведомление о наших правовых обязанностях и принципах соблюдения конфиденциальности в отношении информации о состоянии вашего поведенческого здоровья. BHRS обязана соблюдать положения данного уведомления. BHRS может раскрывать вашу информацию в случаях, определенных законом, а также для целей лечения, оплаты услуг и осуществления наших повседневных операций, связанных с медицинским обслуживанием (например, для контроля качества).

Ознакомьтесь со своими правами в этом отношении вы также можете по ссылке:
<https://www.smchealth.org/bhrs-doc/application-services-and-consent-treatment-96-15>

ФОРМА ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ НА УСЛУГИ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ (обязательно к рассмотрению всеми клиентами, которым предоставляются услуги телемедицины)

Время от времени BHRS может предоставлять вам услуги посредством оборудования для видеоконференцсвязи. В таких случаях вам будет предоставлена возможность видеть и слышать меня (или других поставщиков услуг, которые ведут прием), а я будет видеть и слышать вас, как если бы мы находились в одной комнате. **Согласны ли вы на предоставление услуг по видео и/или по телефону при необходимости?** Использование услуг телемедицины может облегчить вам доступ к медицинскому обслуживанию, ведь при этом нам с вами (или вам с другими поставщиками медицинских услуг, которые ведут прием) не нужно находиться в одном помещении. Если вам это неудобно, участвовать в видеоконференции необязательно. Вместо этого вы можете назначить прием по телефону. Для обеспечения безопасности видеоконференции принимают ряд мер. Кроме того, **запись приема, будь то частично или полностью, не будет осуществляться без вашего согласия.** В процессе клинического приема по методу телемедицины может выясниться, что таким образом невозможно собрать достаточно информации для принятия правильных клинических решений, а значит может потребоваться дополнительный очный прием. У вас есть право в любое время отозвать согласие на использование услуг телемедицины в рамках предоставления мной медицинского обслуживания. Это никак не повлияет на ваше право на лечение или уход в будущем. Законы, которые защищают конфиденциальность и врачебную тайну медицинской информации, также применимы и к телемедицине.

Клинические формы согласия в руководстве для врачей Avatar: сценарии бесед 2021 г.

Ознакомиться с этим уведомлением вы можете по ссылке:

<https://www.smchealth.org/bhrs-policies/telehealth-informed-consent-forms>

ПЕРЕУСТУПКА ПРАВ НА СТРАХОВЫЕ ЛЬГОТЫ (ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS, AOB) (обязательно к рассмотрению всеми новыми клиентами)

BHRS будет раскрывать вашим страховым компаниям информацию, необходимую для получения страховых выплат за услуги, предоставляемые BHRS. Объем информации, которая может быть раскрыта, ограничен. Обычно она включает только даты и продолжительность осмотров, ваш диагноз и имя врача. Подписав эту форму, вы предоставляете нам разрешение выставлять счета вашей страховой компании (включая Medicare, если у вас есть страховая полис Medicare). С вашей стороны никаких действий не потребуется. *Если клиент говорит: «Мне не нужно подписывать эту форму. У меня есть только Medi-Cal, страховки у меня нет», — сообщите ему, что это обязательное условие для всех новых клиентов независимо от наличия страхового покрытия. Счет за медицинское обслуживание будет выставляться только его/ее страховой компании.*

Ознакомиться с этим уведомлением вы также можете по ссылке:

<https://www.smchealth.org/bhrs-policies/authorization-and-assignment-benefits>

ИНФОРМАЦИОННАЯ ЗАПИСКА В ОТНОШЕНИИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО РАСПОРЯЖЕНИЯ О МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ (обязательно к рассмотрению всеми новыми клиентами)

Я предоставляю вам информационную сводку в отношении предварительного распоряжения о медицинском обслуживании. Хотя я не могу оказать вам помощь непосредственно в заполнении указанного документа, я хочу удостовериться, что вы располагаете информацией о том, как получить форму предварительного распоряжения о медицинском обслуживании, если вы хотели бы такое оформить. **Составили ли вы предварительное распоряжение о медицинском обслуживании? Следует ли мне объяснить, что такое предварительное распоряжение о медицинском обслуживании?** Предварительное распоряжение о медицинском обслуживании представляет собой официальный документ, который дает возможность физическому лицу заранее высказать свои пожелания в отношении лечения на случай, если оно не сможет более принимать решения. Такое распоряжение позволяет сделать выбор варианта лечения сейчас на случай, если вам потребуется медицинское обслуживание в будущем. Вы можете сообщить своему врачу, заведению, в котором проходите лечение в данный момент, поставщику услуг, медицинскому учреждению и судье о типах лечения, которые вы желаете или не желаете получать. Вы можете выбрать друга или члена семьи, которые будут принимать решения в отношении медицинской помощи за вас, если вы не сможете сделать этого самостоятельно. Предварительное распоряжение о медицинском обслуживании вступает в силу, когда лечащий врач человека определяет, что этот человек не обладает «дееспособностью», необходимой для принятия решений касательно собственного лечения. Это означает, что лицо неспособно понимать характер и последствия предложенного лечения или оно не способно принимать решения вследствие полученной травмы. **Узнайте больше о том, где найти формы предварительного распоряжения о медицинском обслуживании и как получить необходимую помощь, по ссылке:**

<https://www.smchealth.org/bhrs-doc/advance-health-care-directives-04-07>

СОГЛАСИЕ В ОТНОШЕНИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МОБИЛЬНОГО ТЕЛЕФОНА

Я хочу предоставить номер своего мобильного телефона, чтобы со мной можно было связаться, когда я работаю на выезде.

Мой рабочий мобильный телефон доступен только в рабочие часы. Он будет выключен в то время, когда я не работаю. Если вы оставили мне сообщение, я отвечу по возвращении на работу.

Вы можете звонить на этот телефон, чтобы узнать адрес, по которому будет проводиться запланированный прием, либо чтобы подтвердить или отменить его.

В знак уважения к каждому клиенту я не отвечаю на звонки во время разговора с другим клиентом. Пожалуйста, оставьте сообщение.

Клинические формы согласия в руководстве для врачей Avatar: сценарии бесед 2021 г.

Сообщение голосовой почты и приветствие будут содержать информацию о моем расписании. Оно также включает информацию о том, как вы можете получить срочную помощь в мое отсутствие.

Используйте СМС-сообщения только для подтверждения приема и подобных организационных вопросов. Защита вашей личной информации очень важна для меня, а так как СМС-сообщения не соответствуют стандартам защиты конфиденциальности, в них не следует передавать личную медицинскую информацию. Если у вас возникнет срочная необходимость, вы можете отправить мне СМС-сообщение, однако подробную медицинскую информацию лучше изложить в голосовом сообщении или оставить для личной беседы.

Важные номера

- Номер моего мобильного телефона: _____
- Номер моего рабочего телефона: _____
- Номер телефона клиники: _____
- Неотложную психиатрическую помощь можно получить в медицинском центре San Mateo, тел. (650) 573-2662.
- Медицинский центр Mills-Peninsula, тел. (650) 696-5915.
- Горячие линии экстренной психологической помощи для предупреждения суицидов, работающие круглосуточно и без выходных: 1 (800) 273-TALK (8255) или (650) 579-0350; для испаноговорящих: +1 (888) 628-9454.
- Каждый человек в любой кризисной ситуации может бесплатно получить помощь 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, обратившись на линию для текстовых сообщений в кризисных ситуациях. Отправьте слово BAY в сообщении на номер 741741, чтобы связаться с консультантом по кризисным ситуациям.

Ознакомиться с этим уведомлением вы можете по ссылке:

<https://www.smchealth.org/bhrs-doc/cell-phone-usage-01-01>

ОБЯЗАТЕЛЬНО К ЗАПОЛНЕНИЮ ЛИЦЕНЗИРОВАННЫМИ И ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫМИ СОТРУДНИКАМИ (обязательно к рассмотрению всеми новыми клиентами вместе с сотрудником клиники)

Как специалист, лицензированный/зарегистрированный в штате Калифорния, я должен (-на) предоставить вам информацию о моей лицензии, а также о том, как проверить подлинность моей лицензии и подать жалобу в Совет, регулирующий мою деятельность.

Номер и тип моей лицензии/регистрации: _____

Я (лицензирован (-а) или зарегистрирован (-а)) как (лицензированный психотерапевт в области брака и семейных отношений / лицензированный клинический социальный работник / дипломированная медсестра). Информация в отношении Совета, выдавшего мне лицензию / зарегистрировавшего меня, представлена по ссылке:

https://www.smchealth.org/sites/main/files/file-attachments/verifyingcredentialsposter_0.pdf?1496158842

Я не являюсь лицензированным или зарегистрированным специалистом, получившим полномочия от Совета в штате Калифорния, но я учусь на специалиста в области терапии (или являюсь студентом программы для резидентов). Имя и контактная информация руководителя: _____

РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ОХРАНЯЕМОЙ ЗАКОНОМ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ (RELEASE OF INFORMATION, ROI)

С целью обеспечения наилучшего медицинского обслуживания BHRS необходимо раскрывать и передавать информацию о вас другим поставщикам медицинских услуг.

Клинические формы согласия в руководстве для врачей Avatar: сценарии бесед 2021 г.

Мы также испрашиваем ваше разрешение пообщаться с людьми, оказывающими вам наибольшую поддержку, например с членами вашей семьи, социальными работниками, инспектором по надзору за условно осужденными, представителями социальных служб и других учреждений, осуществляющих ваше лечение.

С кем нам следует делиться информацией о состоянии вашего здоровья, чтобы повысить уровень вашего обслуживания?

Вы не против, если сотрудники BHRS будут общаться и делиться информацией о вас с _____?

BHRS будет раскрывать информацию о вас исключительно в минимальном необходимом для осуществления вашего лечения объеме.

Есть ли у вас какие-то ограничения, которые вы хотели бы со мной обсудить?

Если это согласие не будет отозвано, настоящее разрешение будет действительным до даты, которую мы выберем в качестве даты прекращения действия настоящего согласия (срок действия может составлять от 1 до 10 лет), или до даты выписки из BHRS округа San Mateo в зависимости от того, что наступит раньше.

Ознакомиться с этим уведомлением вы можете по ссылке:

<https://www.smchealth.org/bhrs-policies/confidentialityprivacy-protected-health-information-phi-03-01>

ШАБЛОНЫ ЭЛЕКТРОННЫХ ПИСЕМ, ВКЛЮЧЕННЫЕ В ПАКЕТ ДОКУМЕНТОВ ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ КЛИЕНТА, И ФОРМЫ СОГЛАСИЯ

Тема письма: Вас приветствует *Служба по охране психического здоровья и услугам реабилитации округа San Mateo #sec#*

Вас приветствует *Служба по охране психического здоровья и реабилитационным услугам округа San Mateo!*

<http://www.smchealth.org/welcometobhrs>

Служба по охране психического здоровья и реабилитационным услугам (Behavioral Health and Recovery Services, BHRS) предлагает множество услуг для детей, молодежи, семей, взрослых и пожилых людей в округе San Mateo по профилактике, раннему вмешательству и лечению психических заболеваний и/или зависимости от психоактивных веществ. Мы поддерживаем стремление каждого человека быть здоровым и вести качественную жизнь. Мы предоставляем услуги на английском, испанском, китайском и тагальском языках. При необходимости мы также можем организовать перевод на другие языки. Среди наших сотрудников есть представители различных культурных/этнических групп округа San Mateo.

Мы приглашаем вас перейти по одной из ссылок ниже, чтобы разобраться в том, какими правами вы обладаете и какие конкретные услуги предоставляет BHRS. Вам доступны:

- руководство по услугам Medi-Cal;
- брошюра о правах потребителей и урегулировании конфликтов;
- список поставщиков услуг BHRS.

Информацию о получении **услуг психиатрической помощи** вы найдете по ссылке:

<https://www.smchealth.org/new-client-information-english>

Информацию о **лечении зависимости от психоактивных веществ** вы сможете найти по ссылке:

https://www.smchealth.org/sites/main/files/file-attachments/dmc-ods_member_handbook_072018.pdf

Не отвечайте на это электронное письмо. Если вам требуется помощь или вы хотите получить распечатанные копии любого из этих документов, обратитесь к своему новому поставщику услуг. Если вы не знаете, как связаться с вашим новым поставщиком услуг, обращайтесь в Информационно-справочный центр ACCESS по телефону (800) 686-0101, номер линии для текстофонов (TDD): (800) 943-2833.

Клинические формы согласия в руководстве для врачей Avatar: сценарии бесед 2021 г.

Дополнительную информацию в отношении услуг BHRS и соответствующие ресурсы можно найти по ссылке:
<http://www.smchealth.org/bhrs/mhresources>

В случае если вам или члену вашей семьи требуется неотложная психиатрическая помощь:

звоните по номеру 9-1-1 или обратитесь в отделение скорой помощи ближайшей больницы, если вы в состоянии безопасным образом добраться туда.

См. [«Руководство по экстренным вызовам 9-1-1 для получения неотложной психиатрической помощи»](#)

Неотложную психиатрическую помощь можно получить по адресу:

San Mateo Medical Center
222 West 39th Ave, San Mateo CA, 94403
Телефон: (650) 573-2662

Mills-Peninsula Medical Center
1501 Trousdale Drive, Burlingame CA 94010
Телефон: (650) 696-5915