

Giấy Đồng ý sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa

Tôi (hoặc con tôi) có quyền lựa chọn sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm lý thông qua hình thức Dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa (Telemedicine). Những dịch vụ này bao gồm tư vấn cá nhân, tư vấn gia đình, tư vấn theo nhóm, các kỹ năng cá nhân, các kỹ năng theo nhóm, đánh giá chẩn đoán, quản lý ca bệnh hoặc định hướng điều trị, và nhiều dịch vụ khác. Tôi hiểu rằng những dịch vụ này sẽ được thực hiện thông qua phương tiện mà tôi lựa chọn bên dưới, với điều kiện là phương tiện đã được cho phép áp dụng đối với dịch vụ và thanh toán hiện hành:

- Hai chiều, hình thức đối thoại có hình ảnh (video)
- Hai chiều, hình thức đối thoại âm thanh (điện thoại)

Tôi hiểu rằng sự tham gia của tôi (hoặc của con tôi) vào dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi từ xa là tự nguyện và tôi có quyền từ chối tham gia hoặc quyết định ngừng sử dụng bất cứ lúc nào thông qua lời nói hoặc văn bản. Điều này sẽ được ghi lại trong hồ sơ bệnh án của tôi.

Tuân thủ các trách nhiệm ghi trong Thông báo về Quyền riêng tư của People Incorporated, tôi hiểu là People Incorporated sẽ bảo vệ tính bảo mật và riêng tư những thông tin cá nhân của tôi (hoặc con tôi), bằng cách áp dụng công nghệ tuân thủ luật hiện hành và các tiêu chuẩn được công nhận. Tuy nhiên, không giống như điều trị gặp mặt trực tiếp, tôi cũng hiểu được việc nhận điều trị hành vi từ xa sẽ dẫn đến một số rủi ro về tính bảo mật và an toàn cho những thông tin cá nhân của tôi (hoặc con tôi).

Tôi đồng ý rằng tôi (hoặc con tôi) sẽ có mặt đúng giờ hẹn và sẽ điền đầy đủ thủ tục giấy tờ hoặc tài liệu theo yêu cầu của People Incorporated để bắt đầu và tiếp tục sử dụng dịch vụ này. Tôi đồng ý thông tin ngay đến nhà chuyên môn tư vấn về những thay đổi tâm trạng và hành vi của tôi (hoặc con tôi) hoặc bất cứ mối lo ngại nào nảy sinh trong tiến trình điều trị.

Nếu tôi đồng ý sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa thay mặt cho con tôi, tôi cũng đồng ý rằng:

Nếu con tôi dưới 12 tuổi thì sẽ có một người lớn tay cầm sẵn điện thoại có mặt tại nhà trong cuộc hẹn khám từ xa, nhà chuyên môn tư vấn sẽ được cung cấp số liên lạc của người này và số liên lạc của người giám hộ của trẻ (nếu là hai người khác nhau) trước buổi thăm khám; và

Nếu con tôi từ 12-18 tuổi, người giám hộ của con tôi phải có mặt qua điện thoại trong suốt buổi thăm khám từ xa và nhà chuyên môn tư vấn sẽ được cung cấp số liên lạc của người này trước buổi thăm khám.

Tôi đã đọc toàn bộ tài liệu này và tôi đồng ý sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi từ xa theo các điều khoản được nêu trên.

Họ tên người nhận dịch vụ, viết bằng chữ in

Ngày sinh

Chữ ký của người nhận dịch vụ

Ngày

Nếu phụ huynh/người giám hộ ký thay người nhận dịch vụ, vui lòng điền đầy đủ các thông tin sau:

Họ tên phụ huynh (người bảo trợ hoặc không bảo trợ) hoặc người giám hộ, viết bằng chữ in

Chữ ký của phụ huynh (người bảo trợ hoặc không bảo trợ) hoặc người giám hộ

Ngày