

취소 날짜:

직원 이니셜:

뉴욕주
OFFICE OF ADDICTION SERVICES AND SUPPORTS
(중독 서비스 및 지원국)

환자의 성	이름	중간 이름
사례 번호		
시설	유닛	

중독 치료 제공에 따른 원격 의료 사용 동의

지침: 양식 사본을 환자에게 주세요. 본 동의서의 원본을 보관하세요

원격 의료 사전 동의

동의 목적 및 필요성: OASAS 파트 830 규정에 명시된 대로 원격 의료(Telepractice)를 통해 물질 사용 장애(SUD) 치료가 제공되도록 허용함.

정보의 범위 또는 성격

본인 _____ (은)는 정보를 제공하며 원격 의료를 통해 제공되는 서비스 관련 다음 사항을 이해합니다.

I. 설명:

원격 의료는 OASAS 인증 프로그램을 사용하여 물질 사용 장애(SUD) 치료를 제공하는 것입니다. 이 프로그램은 오디오/비디오와 승인된 전화 미디어를 통해 원격 의료를 제공하도록 승인된 것입니다. 원격 의료는 직접 대면 방식을 사용할 수 없을 때 치료와 회복 지원을 받을 수 있는 방법으로 대면 서비스와 동일한 규제 및 임상 기준의 적용을 받습니다. 해당되는 경우, Medicaid 및 상업 보험을 통해 환급받을 수 있습니다.

II. 비밀 유지:

원격 의료를 통해 서비스를 제공하는 동안 개인의 프라이버시 보호와 비밀 유지를 위해 42 CFR 조항 및 HIPAA의 비밀 유지 요건이 적용됩니다. 원격 의료는 주 및 연방 법률의 비밀 유지 기준을 준수하는 통신 기술을 통해 이뤄져야 합니다. 원격 의료를 사용하는 제공자는 원격 의료 사용과 관련된 위험을 줄이기 위해 모든 합리적인 노력을 기울일 것입니다. 본인은 본인의 동의 없이 본인의 비밀 정보가 공개되지 않을 것임을 이해합니다.

III. 환자 권리:

원격 의료에는 또한 OASAS 파트 815 환자 권리 규정 요건이 적용됩니다. 치료에 관한 우려사항이 있는 경우 PatientAdvocacy@oasas.ny.gov에 문의할 수 있습니다. 본인은 언제든지 원격 의료를 통한 서비스를 거부할 수 있음을 알고 있습니다.

본인(서명자)은 상기 내용을 읽었으며, _____ 의 직원이 원격 의료를 통해 SUD 치료 서비스를 제공하는 것을 허락합니다. 본인은 동의서에 의거하여 조치가 취해진 범위를 제외하고 언제든지 서면으로 동의를 취소할 수 있으며 모든 경우에 다음과 같이 동의가 자동으로 만료됨을 알고 있습니다.

(환자 서명)

(필요한 경우, 부모/보호자의 서명)

(환자 이름 기재)

(부모/보호자 이름 기재)

(날짜)

(날짜)

환자를 대신해 서명할 수 있는 권한을 설명하세요.