

**Информированное согласие на услуги телемедицины**

Мне (или моему ребенку) была предоставлена возможность получать услуги, связанные с психическим здоровьем, с помощью телемедицины. Эти услуги могут включать индивидуальную терапию, семейную терапию, групповую терапию, обучение индивидуальным или групповым навыкам, диагностическую оценку, ведение дел клиента или планирование лечения или другие услуги. Я понимаю, что услуги телемедицины будут предоставляться с помощью средств, которые я выберу ниже, при условии, что такие средства разрешены соответствующими требованиями к обслуживанию и выставлению счетов:

- Двусторонняя интерактивная видеоконференция
- Двусторонняя интерактивная аудиоконференция (по телефону)

Я понимаю, что мое участие или участие моего ребенка в услугах, связанных с психическим здоровьем, предоставляемых с помощью телемедицины, является добровольным, и я могу отказаться от участия или принять решение о прекращении участия в любое время в устной или письменной форме. Это будет зарегистрировано в моей медицинской карте.

В соответствии с обязанностями, изложенными в Уведомлении о правилах соблюдения конфиденциальности (Notice of Privacy Practices) компании People Incorporated, я понимаю, что People Incorporated будет защищать мою конфиденциальность и безопасность, а также конфиденциальность и безопасность моего ребенка, используя технологии, соответствующие действующему законодательству и общепризнанным стандартам. Тем не менее, я также понимаю, что получение услуг с помощью телемедицины - это не то же самое, что получение услуг при личном контакте, и при предоставлении услуг, связанных с психическим здоровьем, с помощью телемедицины, могут присутствовать некоторые риски для конфиденциальности и безопасности моей личной информации или информации моего ребенка, которые отсутствуют при предоставлении личных услуг.

Я даю согласие на присутствие меня (или моего ребенка) на запланированных встречах и на заполнение документов или документации, требуемых People Incorporated для начала и продолжения оказания услуг. Я даю согласие на уведомление поставщика услуг, связанных с психическим здоровьем, об изменениях в моем настроении и поведении или (настроении и поведении моего ребенка), а также обо всех проблемах, возникающих в ходе лечения.

Если я даю согласие на оказание услуг, связанных с психическим здоровьем, моему ребенку с помощью телемедицины, я также соглашаюсь с тем, что:

Если моему указанному ребенку не исполнилось 12 лет, во время сеанса телемедицины в доме будет присутствовать взрослый, имеющий немедленный доступ к телефону, а поставщику услуг, связанных с поведенческим здоровьем, будет предоставлен контактный номер этого взрослого и контактный номер опекуна ребенка (если он не является этим взрослым) до начала сеанса; и

Если моему ребенку от 12 до 18 лет, опекуну моего ребенка можно будет позвонить по телефону во время запланированного сеанса телемедицины, а поставщику услуг, связанных с поведенческим здоровьем, будет предоставлен контактный номер этого взрослого до сеанса.

Я прочитал(а) этот документ и даю согласие на получение услуг, связанных с поведенческим здоровьем, с помощью телемедицины в соответствии с условиями, описанными выше.

\_\_\_\_\_  
**Имя, фамилия клиента печатными буквами**

\_\_\_\_\_  
**Дата рождения**

\_\_\_\_\_  
**Подпись клиента**

\_\_\_\_\_  
**Дата**

Если от имени клиента подписывается родитель/опекун, пожалуйста, укажите следующую информацию:

\_\_\_\_\_  
**Имя, фамилия родителя (имеющего или не имеющего опеки) или опекуна печатными буквами**

\_\_\_\_\_  
**Подпись родителя (имеющего или не имеющего опеки) или опекуна**

\_\_\_\_\_  
**Дата**