

치료 서비스에 대한 동의 Consent for Treatment Services

개인 이름:

생년월일:

Multnomah County 행동건강부서(Behavioral Health Division, BHD)는 평가, 필요 결정 심사 수준, 관찰, 자문, 환경적 개입, 개인, 그룹 및 가족 치료 또는 치료 조율, 케이스 관리, 아동 및 가족 팀 회의, 위기 관리 서비스 및/또는 정신 건강 서비스에 대한 정보 및 위탁 또는 심사 및 단순 위탁을 포함한 정신 건강 서비스를 제공합니다. 서비스는 직접 방문, 전화 또는 원격 의료를 통해 제공될 수 있습니다.

위험 및 이득

정신 건강 치료의 목적은 목표한 정신 건강 증상을 줄이는 것입니다. 치료에는 몇 가지 위험이 따릅니다. 증상은 호전되기 전에 악화되거나 치료가 완료된 이후에도 지속될 수 있습니다. 치료 과정에서 새로운 증상이나 치료 관련 문제가 나타날 수 있습니다. 정신 건강 증상이나 문제와 관련된 전개 양상이 생활 패턴이나 대인 관계에 지장을 미칠 수 있는 변화를 초래할 수 있습니다. 정신과 약물(처방된 경우)은 모니터링이나 관리를 필요로 하는 부작용이 있을 수 있습니다.

치료를 통해 얻을 수 있는 이점도 있습니다.

정신 건강 치료에 참여하는 개인은 주로 힘든 감정에 대처하고, 파괴적인 사고 패턴을 바꾸고, 대인 의사소통 방식을 개선하고, 전반적인 행동과 개인 건강에 긍정적인 영향을 미치는 기술을 배웁니다.

고객 인정 및 동의

본인은 다음과 같은 서면 정보를 수령했고 그에 대한 설명을 들었음을 확인합니다.

이러한 문서를 검토할 기회를 제공받지 못했거나 다른 언어로 문서가 필요한 경우, 담당 임상의 또는 행동건강부(Behavioral Health Division) 직원에게 문의하시기 바랍니다.

- Multnomah County BHD 고객으로서 본인 및/또는 자녀의 개인 권리에 대한 설명
- 개인정보보호 관행에 대한 고지(Notice of Privacy Practices, NOPP). NOPP 는 Multnomah County 보건부 및 BHD 의 개인정보보호 및 기밀유지 관행에 대한 설명입니다.
- BHD 의 불만(이의) 제기 안내서 및 양식. 본인은 또한 서비스에 만족하지 못할 경우 구두 또는 서면으로 직원 또는 서비스를 통해 불만/이의를 제기할 수 있으며, 직원 또는 대리인을 통해 구두 또는 서면으로 불만/이의를 제기할 수 있음을 이해합니다.

치료 서비스에 대한 동의 Consent for Treatment Services

- **18 세 이상 고객만 해당:** 본인은 정신 건강 치료 선언서(Declaration for Mental Health Treatment)를 작성하는 방법에 대한 정보를 제공받았습니다.
- **17 세 이상 고객만 해당:** 본인은 유권자 등록에 대한 정보를 제공받았습니다.
- **부모 또는 법적 보호자 대상:** 본인은 Multnomah County BHD 직원이 해당 개인과 직접 대면, 전화, 이메일 또는 영상을 통해 조울을 할 수 있다는 설명을 들었으며 이에 동의합니다.

보험 보장 범위 정보

연방법은 귀하 또는 귀 자녀의 정신 건강 서비스가 오리건주 건강 플랜(Oregon Health Plan)에 의해 보장되는 경우, 오리건주 의료지원 프로그램(Oregon Division of Medical Assistance Programs, DMAP)이 최종 납부자가 되도록 합리적인 노력을 다할 것을 요구합니다. 귀하 또는 귀 자녀가 영리보험 또는 기타 자금 출처에 의해 보장되는 경우, 해당 서비스에 대한 청구 승인서에 대해 서명 요청을 받을 수 있습니다. 귀하의 납부 능력이 서비스를 받는 데 지장을 미치지 않을 것입니다.

비용 견적

이 예상 비용 내역서(Good Faith Estimate)는 서비스가 종료될 때까지 유효합니다. 귀하의 보험 상태, 유형 또는 보장 범위와 관계없이 귀하에게 본 서비스 비용을 청구하지 않는 것이 Multnomah County 행동건강부서(Behavioral Health Division)의 방침입니다.

1 차/2 차 진단: 일정 계획 시점에 파악 안 됨. 진단 예정.

서비스: T1023, H2011, 99212, 90791, 90792, 90832, 90846, 90847, 90849, 90853, 90882, H0004, H0032, H0038, H2010, H2014, H2023, H2032, T1016

귀하의 부담 금액: \$0,00

본인은 설명된 바와 같이 서비스를 제공 받는 것을 승인합니다. 본인은 자의적 및 자발적으로 해당 날짜부터 치료가 종료될 때까지 서비스를 제공 받기로 동의합니다. 본인은 BHD 직원에게 언제든지 서면 또는 구두로 본 승인을 취소할 수 있음을 이해합니다. 본인은 상기 나열된 비용 견적을 읽고 이해했습니다.

고객/보호자 전자 서명

전자 서명 일시



치료 서비스에 대한 동의

Consent for Treatment Services

고객/보호자 이메일 주소

고객/보호자 휴대전화 번호

BHD 직원 이메일 주소

BHD 직원 제출일