



Behavioral Health Department  
145 South Street  
Boston, MA 02111  
Telephone: (617) 521-6730  
Fax: (617) 457-6696

88 Holmes St.  
Quincy, MA 02171  
(617) 318-3230  
(617) 457-6600

心理科远程医疗知情同意书  
Telemental behavioral health consent form

我\_\_\_\_\_，（病人姓名）在此同意与\_\_\_\_\_（治疗师姓名）参与远程医疗作为我的心理治疗的一部分。我理解远程医疗是指通过技术辅助媒体或其他电子手段在医生和位于两个不同地点的病人之间提供临床医疗服务的实践。

我了解以下有关心理科远程医疗的知识：

- 1) 我明白我有权在任何时候撤回同意，而不影响我今后获得护理、服务或项目福利的权利
- 2) 我了解心理科远程医疗存在的风险和后果，包括但不限于技术故障导致传输中断，未经授权的人导致的中断和/或破坏机密性和/或有限应对紧急情况的能力。
- 3) 我明白任何一方都不会有任何在线会议的录音。会议期间披露的所有信息和与这些会议有关的书面记录都是保密的，除非法律允许和/或要求披露，否则不得在未经书面授权的情况下向任何人披露。
- 4) 我了解保护我健康信息（PHI）机密性的隐私法律也适用于远程医疗，除下列情况外（即强制报告儿童，老年人或弱势成年人的虐待；对自身或他人的危险）；在法律程序中，我提出了精神/情绪健康问题）。
- 5) 我了解如果我有自杀或杀人的念头，目前正在经历精神病性症状或经历远程医疗无法解决的精神健康危机，则可以确定远程医疗服务不合适并且需要更高水平的护理。
- 6) 我了解在远程医疗会议期中，我们可能会遇到技术困难，导致服务中断。如果发生这种情况，请结束并重新启动会话。如果我们无法在十分钟内重新连接，请致电\_\_\_\_\_与我讨论，因为我们可能需要重新安排时间。
- 7) 我了解如果发生紧急情况，我的治疗师可能需要联系我的紧急联系人和/或适当的当局。

## 紧急协议

在紧急情况下，我需要知道您的位置。您同意在每次会议开始时通知我您的住址。我还需要一个仅在危及生命的紧急情况下可以联系的人。仅在紧急情况下才会联系此人去您的位置或带您去医院。

紧急情况下，我的位置是： \_\_\_\_\_

还有我的紧急联络人的姓名，地址，电话： \_\_\_\_\_

病人/家长/法定监护人的签名

日期

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

治疗师的签名

日期

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_