



醫療同意表格

歡迎來到關愛公司(C.A.R.E.S.)，關愛公司得到紐約州(NYS)發展性障礙人士辦公室(OPWDD)與紐約州衛生署(DOH)以及紐約州精神健康局(OMH)的執照。

關愛公司可在我們場所提供醫療，及治療服務。當情況更合適時，某些服務可在家庭或社區環境下提供。我們所有的專業人員致力提供最優質的服務給我們的服務對象和/或其家人。

本歡迎包內有關於您的權利與責任等重要的政策和手續。作為一家綜合型發展障礙機構診所，我們提供多種治療性服務，其中有些服務可能適合您的需要。這些服務包括：

治療

行為治療
個人或小組治療
家長小組
團體治療
用藥管理

評估

精神評估
心理評估
社會心理學評估
監護人/入籍評估

若您需要我們使用英語以外的語言提供服務，
請在你預約或要求服務時，告知我們的接待員或登記協調員。

關愛公司員工可以說多種語言和方言包括：

中文-粵語
中文-普通話
希伯來語

俄羅斯語
西班牙語
意第緒語

如需其他語言請致電我們。

辦公時間：

週一到週四： 上午 9:00 – 下午 5:00
週五： 上午 9:00 – 下午 4:00

正常辦公時間之前或之後預約，
請致電並留言。

可接受辦公時間以外的預約。

赴約政策：

請盡量在預約的時間赴約。若要取消，需在 24 小時前通知。如果你連續缺席 3 次預約，那麼診所將重新評估你的治療計劃，並可能終止對你的服務。

緊急情況：

如果您隨時遇到危及生命的緊急情況，請撥打 911 或前往最近的醫院急診室。

對於需要在辦公時間以外後立即處理的緊急臨床問題，請致電 212-420-1970 分機號碼 900，值班臨床醫師將為您回電。對於心理健康危機，請撥打 988（自殺和危機生命線）。如需立即就醫，請參閱 <https://omh.ny.gov/omhweb/bootstrap/crisis.html>。

非緊急情況：

在辦公時間之前或之後留給臨床工作人員的電話留言將在下一日診所營業時回復。

如果您有任何疑問，請隨時撥打 212-420-1970 分機 123 與我聯繫，或發送電子郵件至 pratz@caresnys.org。我很樂意幫助指導您完成整個過程。

Pearl Ratz

診所統籌



EVALUATION/THERAPY INTAKE/REFERRAL FORM

Please complete **FULLY** and fax back with necessary documents to 212-420-1906 attention: Rivka/Pearl
or sent via secure or encrypted email to pratz@caresnys.org, or rivkad@caresnys.org

Referral Date: _____ Client Name: _____ Date of Birth: ____/____/____
Gender: ☐ M ☐ F ☐ O _____ Is Client over 18 ☐ Y ☐ N Is Client own guardian ☐ Y ☐ N Client's Tel: _____
Client Email: _____ Medicaid CIN #: _____ Commercial Insurance ☐ No ☐ Yes SS#: ____-____-____
Client's Address: _____ City: _____ Zip: _____
Parent/Guardian Name: _____ Relationship to client: _____
Cell Phone: (____) _____ best day or time to call _____ Email: _____
Address: _____ City: _____ Zip: _____
Client lives ☐ with family ☐ In Foster Care ☐ Residential School/Facility ☐ Other, describe: _____

Referred By:	School/Day Program Name:	Care Management Agency*: * If Applicable
Relationship to Client:	Name:	Care Manager Name:
Email:	Email:	Email:
Telephone:	Telephone:	Telephone:

Check all that apply **Which service(s) is the client/family looking to receive?** ☐ Evaluation
Counseling: ☐ Individual ☐ Family ☐ Parent ☐ Parents/Caregiver Groups ☐ Peer Groups
Do you prefer your services ☐ in person or ☐ via telehealth? Are there any barriers to your receiving services via telehealth
☐ No ☐ if Yes please describe: _____

Describe any behavioral concerns/symptoms you are concerned about now: _____

When did these behaviors start? _____
Has client ever mentioned suicide or "ending it all? ☐ No ☐ if Yes how recently _____
Does s/he hurt themselves or others? ☐ No ☐ if Yes how recently _____

Please check off any Previous Conditions and/or Current Diagnoses:

- | | | | | |
|---|---|--|---|---|
| ☐ Adjustment Disorder | ☐ Bipolar Disorder | ☐ Excessive anger/violence to self/others | ☐ Seizure Disorder | ☐ Vision Impairment |
| ☐ Anxiety Disorder | ☐ Conduct disorder/Disruptive behavior | ☐ Intellectual Disability | ☐ Trauma | ☐ Hearing Impairment |
| ☐ Attention Deficit Disorder | ☐ Depression | ☐ Mood Disorder | ☐ Other: _____ | |
| ☐ Autism Spectrum Dis. | ☐ Down Syndrome | ☐ Oppositional Defiant Disorder | | |

List any therapy or educational service(s) being received at this time in any program, whether in school, at a clinic, private pay etc.? _____

Did client experience trauma, confirmed/suspected abuse, related hospitalizations, etc. (attach available info) ☐ No ☐ if Yes describe: _____

Family's Language*: ☐ English ☐ Spanish ☐ Mandarin ☐ Cantonese ☐ Yiddish ☐ Other: _____

Client's Language:** ☐ English ☐ Spanish ☐ Mandarin ☐ Yiddish ☐ Nonverbal ☐ Other: _____

Is Translation required: ☐ No ☐ Yes If so, in what language or dialect?: _____

*Note: Family members cannot translate during an evaluation. If needed a translator will be arranged.

** If the individual will not be accompanied by his/her Parent or Legal Guardian, formal consents must be signed prior to your appointment by the Legal Guardian, and the Parent/Legal Guardian needs to be reachable by phone during the appointment time.

Mandatory to Attach: ☐ Medicaid Card ☐ Private Insurance Card

For OPWDD Evaluations it is mandatory to include an IEP, previous evaluations and a current medical.

Attach if available: ☐ Current Medical ☐ Previous evaluation(s) ☐ IEP/504 Plan ☐ Physician's Referral ☐ Social Security Card

CARES STAFF MUST RECORD

DATE Received: ____/____/____ by: _____
Disposition: _____



患者的責任

我明白並承諾以下從關愛公司接收服務有關的事項：

- 提供我目前的健康保險承保信息，如果自上次訪問以來我的健康保險承保信息發生變化，則通知我的提供人員和接收協調員。如果您的保險需要任何預先授權，我們的工作人員將通知您並協助您獲得預先授權。如果您的保險計劃需要任何自付費用，您將會收到通知。在提供服務之前，任何費用或共付都必須以現金或信用卡支付。
- 如果我的保險資訊變更且我沒有通知關愛公司 CARES，我將負責支付所提供的服務費用。
- 提供我目前的地址和電話號碼，並儘快報告任何變更。
- 繼續保持與所有提供人員的預約時間。
- 如果我必須取消預定的約會或要去度假，我將提前 24 小時致電。我了解，如果在沒有提前取消的情況下錯過課程，可能會危及我繼續接受該計劃中的服務的能力。
- 如遇緊急狀況，會盡快撥打緊急電話。
- 與我的提供人員一起參與制定我的治療計劃的目的和目標。
- 在制定治療計劃時與我的提供人員討論家庭成員或其他人的參與，我認為他們可能有助於執行治療計劃。
- 與我的提供人員分享有關之前嘗試過的治療及其結果的任何信息，以幫助制定適當的治療計劃。
- 如果我希望改變我的治療計劃中概述的任何目標，無論是因為它們已經實現還是因為它們沒有實現，請立即通知我的治療師和/或主管。
- 至少每季與我的治療師親自會面一次，以審閱我自己或兒童/青少年的目的和目標，無論課程是如何提供的。
- 僅在我知道已發生的會議完全填寫完畢後才簽署任何會議記錄。
- 如果我對服務有任何疑問，請立即通知我的治療師和/或主管。
- 向提供人員提出我對所開處方藥物的擔憂。
- 盡快通知我的提供人員我收到的任何新的醫療狀況或診斷，因為這可能會影響我的治療計劃。

我了解我的責任，並有機會提出任何問題。

患者姓名（如果超過 18 歲）/
或將簽署本文件的家長/監護人姓名：

患者或患者家長/監護人的簽名：

日期：

簽字代表與患者的關係：

健康資訊發布授權（包括酒精/藥物治療和心理健康資訊） 與愛滋病毒/愛滋病相關的機密信息

患者姓名：	出生日期：
CIN #:	患者 ID # (IMA):

我，或我的授權代表，請求按照本表格中的規定發布有關我的護理和治療的健康資訊。我的明白：

1. 只有當我在第8項中的適當行上填寫姓名縮寫時，本授權才可能包括披露與酒精和藥物治療、心理健康治療以及愛滋病毒/愛滋病相關保密信息有關的信息。健康資訊包括任何這些類型的信息，並且我在第8項中的方框上簽名，我特別授權向第6項中指定的人員發布此類信息。
2. 除某些例外情況外，健康資訊一旦揭露，接收者可能會再次揭露。如果我授權發布與愛滋病毒/愛滋病相關的、酒精或藥物治療或精神健康治療的信息，則未經我授權，接收者不得重新披露此類信息或將披露的信息用於任何其他目的，除非獲得許可因此根據聯邦或州法律。如果我因發布或披露愛滋病毒/愛滋病相關資訊而受到歧視，我可以致電 1-888-392-3644 聯繫紐約州人權部門。該機構負責保護我的權利。
3. 我有權隨時透過寫信給第5項中列出的提供者來撤銷此授權。
4. 簽署本授權書純屬自願。我了解，一般來說，我的治療、付款、參加健康計劃或領取福利的資格不會以我對本披露的授權為條件。但是，我確實了解，如果我不簽署此同意書，在某些情況下我可能會被拒絕接受治療。

5. 提供者的名稱和地址或發布此資訊的機構： CARES 465 Grand St, New York, NY 10002	
6. 將向其披露此資訊的機構或個人名稱：	
1. HHCMA (if applicable) _____	2. MMCP/MCO _____
3. _____	4. _____
	5. _____
7. 發布訊息的目的：	
☐ 應個人要求 ☐ 其他：_____	
☐ 除非我事先撤銷，否則以下具體資訊可能會被揭露，直至：	
☐ 自上次在 CARES 服務之日起十二個月 ☐ 其他：_____	
8a. 具體資訊待發布： ☐ 臨床記錄來自 _____ 至 _____ ☐ 完整的臨床記錄，包括患者病史、辦公室記錄、測試結果，包括轉診、諮詢、帳單記錄、保險記錄和/或其他醫療保健提供者發送給您的記錄 ☐ 其他：_____ _____ _____	8b. 包括（透過勾選框並在右側縮寫來表示）： ☐ 酒精/藥物治療 _____ ☐ 心理健康資訊 _____ ☐ 愛滋病毒相關資訊 _____ ☐ 基因檢測 _____

此表格上的所有項目均已完成，我有關此表格的問題已得到解答，並且已向我提供了表格的副本。

患者姓名（如果超過 18 歲）/ 或將簽署本文件的家長/監護人姓名： _____	日期： _____
患者或患者家長/監護人的簽名： _____	簽字代表與患者的關係： _____

*註：精神健康臨床記錄中的資訊可以根據本授權發布給此處明確需要該資訊的各方，前提是該披露不會合理預期對患者或其他人有害。



同意使用短信和/或電子郵件交換個人身份資訊

患者姓名：_____ DOB：_____

家長/監護人姓名：_____ 與患者的關係：_____

接收短信的電話號碼：_____ 電話網路公司：_____

電子郵件：_____

根據您的要求，您選擇通過短信和/或電子郵件傳達有關您的評估和/或治療的個人身份資訊，而不使用加密。通過短信和/或電子郵件發送個人身份資訊存在許多風險，在授予您許可之前，您應該了解這些風險。這些風險包括但不限於以下內容：

- 短信和/或電子郵件可以很容易地以電子和紙質格式轉發和存儲，而無需事先告知家長。
- 短信和/或電子郵件寄件者可能會錯誤地發送短信和/或電子郵件，並且個人身份資訊可能會錯誤地發送給錯誤的收件者。
- 短信和/或未經加密的網路上發送的電子郵件不安全，可能會被未知的第三方攔截。
- 短信和/或電子郵件內容可以在發件者或收件者不知情的情況下進行更改。
- 即使在寄件人和收件者刪除了郵件後，短信和/或電子郵件的備份副本可能仍然存在。
- 雇主和在線服務提供者有權檢查通過其系統發送的短信和/或電子郵件。
- 短信和/或電子郵件可能包含有害病毒和其他程式。

協定和同意

我確認我已閱讀並理解上述專案，這些專案描述了使用短信和/或電子郵件傳達我孩子的個人身份資訊的固有風險。儘管如此，我，_____, 授權關愛公司 CARES 通過我的短信和/或電子郵件位址 _____ 與我通信，關於患者參與 CFTSS 計劃，包括但不限於有關評估和/或服務提供、他/她的進展和任何其他相關事項的溝通。我瞭解，使用未經加密的短信和/或電子郵件會帶來上述風險，並可能導致此類資訊的意外洩露。

(1) _____	與短信 _____	和/或電子郵件位址 _____
(2) _____	與短信 _____	和/或電子郵件位址 _____
(3) _____	與短信 _____	和/或電子郵件位址 _____

患者姓名（如果年滿 18 歲）/
或將簽署本檔的父母監護人的姓名：

日期：

患者或患者父母/監護人簽名：

簽字代表與患者的關係：



患者病史

醫療附加日期：_____ 或 完成以下內容：

患者姓名：_____

請檢查(✓) 患者/您曾經或目前患有以下任何情況：

☐ 成癮：請註明 _____

☐ 貧血

☐ 關節炎

☐ 哮喘

☐ 容易瘀傷

☐ 癌症

☐ 凝血問題

☐ 1 型或第 2 型糖尿病

☐ 吸毒/成癮

☐ 癲癇

☐ 間歇性暈眩

☐ 頻繁的耳部感染

☐ 聽力障礙

☐ 甲型肝炎

☐ B 型肝炎

☐ 丙型肝炎

☐ 心臟病

☐ 高血壓

☐ 腎臟疾病

☐ 肝臟疾病

☐ 低血壓

☐ 經常疲倦/精力不足

☐ 持續咳嗽

☐ 最近體重增加

☐ 最近的體重減輕

☐ 呼吸系統問題

☐ 鼻竇病症

☐ 吸煙/電子煙

☐ 特殊飲食 - 指定：_____

☐ 胃部問題/潰瘍

☐ 靜脈竇

☐ 結核病

☐ 其他：描述 _____

患者過敏：

☐ 是 ☐ 無過敏歷史

如果是，請註明過敏：_____

描述過去 24 個月內的任何過敏反應：

手術/住院：_____

兒童期疾病：

☐ 麻疹日期：_____

☐ 出水痘日期：_____

☐ 猩紅熱日期：_____

☐ 流行性腮腺炎日期：_____

☐ 風疹日期：_____

免疫接種歷史

(包括免疫日期和加強疫苗)

☐ 破傷風/白喉 ____/____/____

☐ Polio ____/____/____

☐ PPD/結核菌素皮膚試驗 ____/____/____ (結果 _____)

☐ 麻疹/腮腺炎/德國麻疹 ____/____/____

☐ B 型肝炎 ____/____/____

☐ BCG ____/____/____

☐ 流感 ____/____/____

☐ 其他 _____

目前服用的藥物：

藥物名稱：_____

頻率：_____

藥物名稱：_____

頻率：_____

藥物名稱：_____

頻率：_____

只限女性：

你是否懷孕了？☐ 是 ☐ 否

你月經正常嗎？☐ 是 ☐ 否

最後一次月經的日期：____/____/____

最後一次乳房 X 光檢查的日期：____/____/____

你使用節育措施嗎？☐ 是 ☐ 否

如果是，請輸入和名稱：_____

家庭歷史：

父親：_____

年齡：_____

母親：_____

年齡：_____

健康狀況

兄弟姊妹：

姓名：_____

姓名：_____

姓名：_____

年齡：_____

年齡：_____

年齡：_____

性別：☐ 男性 ☐ 女性

性別：☐ 男性 ☐ 女性

性別：☐ 男性 ☐ 女性

任何家庭成員是否患有或曾經患有以下任何疾病？

糖尿病 ☐ 是 ☐ 否

高血壓 ☐ 是 ☐ 否

癌症 ☐ 是 ☐ 否

心臟病 ☐ 是 ☐ 否

肺結核 ☐ 是 ☐ 否

貧血 ☐ 是 ☐ 否

其他：_____

其他：_____

其他：_____

其他：_____

其他：_____

其他：_____



隱私聲明 PRIVACY PRACTICES 您的信息 您的權利 我們的責任

本通知介紹您的醫療信息如何被使用及透露和你如何獲得這些資料。請仔細閱讀。

您的權利

您有權:

- 以書面形式，要求在 10-15 天內能接到您的書面或電子醫療記錄的拷貝。
- 糾正您的書面或電子醫療記錄。
- 要求溝通收到私隱條例的保護
- 要求限制我們分享的信息
- 收到我們分享您的信息的名單
- 收到此隱私聲明的副本
- 指定一人代表閣下
- 提起申訴，如果您認為自己的隱私權被侵犯

您的選擇

您有一些選擇當我們使用或共享你的資料時，我們：

- 通知你指定的家屬及朋友關於你的情況
- 提供救災援助
- 籌款
- 如果是恰當，與 CCO 分享資訊

我們可能會使用和共享您的資料，當我們:

- 提供治療
- 收取服務的賬單
- 幫助公眾健康和安全性問題
- 研究
- 遵守法律規定
- 回應器官捐獻的請求
- 與法醫或喪葬承辦合作
- 解決勞工賠償，執法及其他政府要求
- 回應訴訟及法律行動

如果你覺得我們侵犯您的權利，你可以用書面形式投訴致函美國健康及人類服務辦公室 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 電話 1-877-696-6775，或瀏覽 www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints。我們不會對您的提出申訴進行報復。

我們還能如何使用或分享您的健康資料?

我們允許或要求以其他方式分享你的資料-通過用於提供給公共利益，例如公共健康和研究。我們在提供你的資料以作為公共利益用途之前，我們需要遵守相關的法律條例。要获得更多資訊，請瀏覽一下網址：

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html。

我們的責任

- 根據法律規定，我們維護你的健康資料的私隱和安全。
- 當發生違規時，對你的私隱或安全會有所損害，我們會立即通知你。
- 我們必須按照本通知中規定的職責和隱私的做法，給你一份副本。
- 除以上描述以外我們不會使用或分享您的信息，除非你用書面形式通知我們。任何時候你可以通知我們你改變的決定。

欲了解更多信息，請瀏覽一下的網址：www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html。更改本通知的條款我們可以通知您的新規定，並且這更改將適用於我們關於您的所有信息。新的通知將可根據要求放在我們的辦公室，並在我們的網站。



第十六條患者權益與申報程序 Article 16 Patient Rights and Grievance Procedures

你有權利去:

1. 個體治療計劃和有針對參與者接受這個設計和建立的個人客定的方案。
2. 根據你的治療計劃提供對服務的全面解釋。
3. 自願參加治療，或為家長/代理人同意接受治療。例外情況是：當一個法院指令治療，當法院指定的保護者或委員會同意治療，或是如果客戶從事該行為造成人身傷害的危險自己或他人的行為。
4. 如果你需要我們會提供緊急服務。
5. 非吸煙房間。
6. 收到完整的資料有關你的診斷，治療和預期後果。
7. 反對或不同意您的治療方案。在任何建議的過程或治療上你是有權做決定。
8. 臨床上得到適合你需要的照顧，而照顧應在尊重你的選擇，沒有偏見，安全及沒有限制下提供。
9. 以這樣的態度，並不分種族，膚色，宗教，性別，國籍，殘疾，性取向或支付的來源，以確保沒有歧視的接受服務。
10. 在其中承認並尊重您的文化環境下找到處理的方法。
11. 最大限度的給與有效的治療和私隱。
12. 有自由的權利免遭虐待與被工作人員虐待。
13. 當你要求取得你的醫療機率的副本，本中心可收取合理的費用，如你不能負擔該費用，你是不能被拒絕得到副本的。
14. 參加研究。無論參加與否，你有權接受一個完整的解釋。
15. 對診所的申訴政策，程序，以及如何啟動問題，抱怨，或反對。你可不用擔心會受到報復。
16. 如果你不能做決定時，你可指定一個保健委託人為你做決定。

申訴程序

當客戶有涉及到如何一個臨床醫生管理他或她的治療或任何其他方面的關注他們的服務的投訴，通常最好的治療醫生會看看你不滿的原因就，討論這一點。您也可以發送與臨床醫師的監督，門診主任或指定人員會議的書面請求。在緊急情況下，你可能會問發言執行主任，後來提供一份書面總結。你可以致電212 420 1970與你個案經理溝通。

在您對您的服務不滿意的情況下，您可以聯繫：

Director Manhattan DDRO
25 Beaver Street
New York, NY 10004
1-646-766-3415

Justice Center
Protection of People with Special Needs
161 Delaware Avenue
Delmar, New York 12054
1-518-549-0200

Office of the Commissioner NYS
Office for People with
Developmental Disabilities
44 Holland Avenue
Albany, NY 12229
1-518-473-1997



紐約州心理健康辦公室 門診患者的權利 這些權利適用於以下個人：

診所/持續日間治療
部分住院強化精神科康復治療

日間治療（兒童）
個人化康復導向服務（PROS）

門診心理健康計劃中的人們的權利是受法律和法規保護。如果您參加門診計劃，您的公民權利將繼續。法律特別提到，如果您符合條件，您將繼續有權在選舉中登記和投票、申請工作和不受歧視地被任命。根據法律，您有權受到所有工作人員的保密、尊重和尊嚴對待。不得因種族、信仰、膚色、性別、國籍、性取向、年齡、婚姻狀況或與治療無關的殘疾而限制或拒絕治療或參加計劃。如果您認為您因任何這些原因而受到歧視 - 或者如果您認為自己是精神、語言、身體或性虐待的受害者 - 此海報的底部會告訴您可以在哪裡提出正式投訴。

您正在接受精神病治療的事實並不意味著您在精神上無行為能力。除非法官裁定您無行為能力，否則您被視為具有法律行為能力。

基本資訊

當您被納入門診計劃時或之後不久，您應該被告知您的權利。這些權利只有在醫生的書面命令下才能受到限制，並放在您的臨床記錄中。該命令必須說明限制的臨床原因及其保持有效的具體時間段。您的權利不得僅限於懲罰或方便工作人員。

- 享有安全衛生環境的權利。
- 信奉宗教的權利。
- 免受員工虐待和虐待的權利。
- 有權為衣物和個人財產提供合理數量的安全存儲空間。
- 享有合理程度的隱私權，包括浴室隱私。
- 在合理時間接待訪客的權利，在被訪客訪問時享有隱私，以及與計劃地點內外的人自由交流的權利。

問題或投訴

請與您的臨床醫生或其主管討論您在治療過程中可能出現的任何問題。如果您有上述個人未能解決的疑慮或投訴，可以透過 BHDirectors@caresnys.org 聯繫專案總監。

若要向 CARES 提出申訴，您可以發送電子郵件至 Incidents@caresnys.org 或致電 212-420-1970 分機號碼 212-420-1970。252. CARES 收到投訴/申訴後 3 個工作天（72 小時）內將與您聯繫。

如果您有問題或投訴，該計劃的運作人員有責任確保您的權利受到保護。如果這不起作用或不合適，可以從以下位置獲得幫助：

- 獲得個人化服務計劃和所提供服務的完整解釋的權利，以及盡可能充分參與服務計劃制定的權利。
- 根據個人接待訪客的能力，有權授權家庭成員和其他成年人優先探訪。
- 有權接受適合您需求的臨床適當護理和治療，並在充分尊重您的尊嚴和個人誠信的情況下以熟練、安全和人道的方式進行。
- 有權受到承認和尊重您的文化環境的對待。

參與和反對

對於大多數人來說，參加門診計劃是自願的。雖然您的全面參與是一個中心目標，但如果您反對您的個人化服務計劃，或者它沒有達到您的滿意效果並且您希望更改它，那麼僅憑這一點並不能成為將您從該計劃中解僱的理由。您有權就是否參與研究專案做出知情選擇。

隱私和保密

法律保護您在治療期間的隱私權和保密權。這包括您與工作人員之間的對話以及您的書面記錄。您有權根據書面請求查看記錄，除非有臨床原因您不應該查看，並要求您的醫生與您討論您的治療記錄。

您可以要求將您的記錄發送給任何其他服務提供者或您的律師。如果您未滿 18 周歲，則父母或法定監護人可以提出此請求。

一般來說，未經您的書面同意，不得發佈您的治療記錄中的資訊。

紐約州司法保護特殊需求者中心
免費: 1-855-373-2122 (虐待/忽視)
全國精神疾病聯盟 - 紐約州
99 Pine St. Suite 302, Albany NY 12201
1-800-950-3228
或 (518)-462-2000

紐約州心理健康辦公室
44 Holland Ave, Albany, NY, 12229
Toll free: 1-800-597-8481
撥打“711”，為失聰或聽力障礙者撥打紐約中繼服務

紐約州殘疾人權利組織
725 Broadway Suite 450, Albany NY 12207
518-432-7861
免費: (Voice and TTY) 1-800-993-8982



遠端醫療服務的知情同意

我, _____, 特此同意參與遠端醫療服務, 將 CARES 作為我的護理計劃的一部分。我瞭解遠端醫療是通過技術、輔助媒體或其他電子方式在位於兩個不同地點的從業者和客戶之間提供服務的做法。

我瞭解以下關於遠端醫療服務的內容。

- 1) 我瞭解我有權隨時撤回同意, 而不會影響我本應有權獲得的未來護理、服務或計劃福利的鬥爭。
- 2) 我瞭解遠端醫療存在風險、好處和後果, 包括但不限於技術故障導致傳輸中斷、未經授權的人員中斷和/或違反保密規定, 和/或應對緊急情況的能力有限。
- 3) 我明白任何一方都不會對任何在線會議進行錄音。會議期間披露的所有資訊以及與這些會議有關的書面記錄都是保密的, 未經書面授權, 不得向任何人披露, 除非法律允許和/或要求披露。
- 4) 我了解保護我的受保護健康資訊機密性的隱私法 (HIPAA) 也適用於遠端醫療服務, 除非存在保密例外情況 (即強制報告兒童、老人或弱勢成年人的虐待行為; 對自己或他人的危險; 或者如果我在法律訴訟中將心理/情緒健康作為一個問題提出)。
- 5) 我瞭解如果有自殺或殺人的念頭, 積極出現精神病癥狀, 或經歷無法遠端解決的心理健康危機, 則可以確定遠端醫療服務不合適, 需要更高水準的護理。
- 6) 我知道在遠端醫療會話期間, 我們可能會遇到技術困難, 從而導致服務中斷。如果發生這種情況, 我們將結束並重新啟動會話。如果我們無法在 10 分鐘內重新連接, 請撥打 _____ 討論如何重新安排我們的會議。
- 7) 我瞭解在緊急情況下, 我的治療師可能需要聯繫我的緊急聯繫人和/或有關當局。

緊急協議

我瞭解 CARES 在緊急情況下需要知道我的位置。我同意與我的治療師分享我的位置。我還同意提供一名聯繫人, 在危及生命的緊急情況下可以代表我聯繫到他。只有在緊急情況下, 才會聯繫此人前往我的位置或帶我去醫院。在緊急情況下, 我的位址是 _____

我的緊急聯繫人的姓名、地址和電話號碼是: _____

☐ 我已被告知我有權要求面對面服務。

☐ 我反對在會議期間使用視頻設備, 原因如下:

☐ 文化/宗教 ☐ 技術問題, ☐ 其他, 請描述: _____

我已經閱讀了上面提供的資訊並與我的供應商進行了討論。我理解此表格中包含的信息, 並且我的所有問題都已得到滿意的回答。

患者姓名 (如果年滿 18 歲) /
或將簽署本檔的父母監護人的姓名: _____

日期: _____

患者或患者法定代表人簽名: _____

簽字代表與患者的關係: _____

吸煙依賴等級調查表

您是否使用煙草產品？(非吸煙兒童和青少年, 跳過下面問題, 直接到「兒童」這個詞)

☐ 是的 (接著完成下面的問題) ☐ 不是 (停止作答 - 不需要繼續填寫這份表)

吸煙是否「只是你的愛好」或者已經上癮？做以下這個測試找到你對尼古丁依賴的等級。

當你起床多久開始抽你第一根香煙？

- ☐ 60分鐘後(0)
☐ 31到60分鐘(1)
☐ 6到30分鐘(2)
☐ 少於5分鐘(3)

你在非吸煙區是否有困難不去吸煙？

- ☐ 不是 (0)
☐ 是 (1)

哪一根香菸最難放棄？

- ☐ 早上第一根(1)
☐ 其他(0)

一天你吸多少根煙？

- ☐ 10 以下(0)
☐ 11-20 (1)
☐ 21-30 (2)
☐ 31 以上(3)

你是否在你起床後第一個小時吸煙的頻率比其他時間都要多？

- ☐ 不是 (0)
☐ 是的 (1)

整天病著躺在床上時你是否仍會吸煙？

- ☐ 不是 (0)
☐ 是的 (1)

* Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. British Journal of Addictions 1991;86:1119-27

你的分數: _____

你對尼古丁的依賴程度:

- 0-2** 依賴非常低
3-4 依賴低
5 中度依賴
6-7 依賴高
8-10 依賴非常高

5分以下

「你對尼古丁的依賴程度較低。你應該對你的依賴水準的提高前才採取行動。」

剛好5分:

「你對尼古丁的依賴程度中等。如果不盡快戒掉, 你對尼古丁的依賴程度將增加, 直到你可能會嚴重上癮。馬上採取行動來結束你對尼古丁的依賴吧。」

7分以上:

「您的依賴程度高。你對吸煙無法控制 - 吸煙控制了您! 當你決定放棄吸煙, 你要與你的醫生討論尼古丁的替代療法或者藥物治療去幫助你戒掉你的煙癮。」

Fagerstrom Test for Nicotine Dependence *

你準備好戒煙或暫停使用煙草產品? ☐ 是的 ☐ 不是 (醫生: 重新評估每個治療方案)

對於兒童: 請描述在您的家庭環境中使用電子煙、水煙或煙草的情況



透過健康資訊交換組織 存取患者資訊授權書

紐約州衛生署

患者姓名	出生日期	患者識別號
患者地址		

我請求關於我護理和治療的健康資訊可以按照本同意書所述方式進行存取。我可以選擇是否允許〔CARES〕（包括其代理人）透過健康資訊交換組織 Healthix 存取我的醫療記錄。如果我給予同意，我在不同醫療保健機構的醫療記錄可以使用全州電腦網路被存取。Healthix 是一家非營利組織，以電子方式共用人們的健康資訊，並符合《健康保險流通和責任法》(HIPAA)和紐約州法律的隱私和安全標準。如需瞭解詳情，請瀏覽 Healthix 的網站 www.healthix.org。

除非我填寫本同意書並勾選 3 號方框（表示我拒絕同意，*即使在急救狀況下*），否則我的資訊可以在急救情況下訪問。

我在本同意書中所做的選擇將不會影響我獲得醫療保健的能力。我在本同意書中做出的選擇不允許健康保險公司存取我的資訊，以決定是否為我提供健康保險或支付我的醫療帳單。

我的同意選擇。 勾選我所做選擇左側的一個方框。

我可以現在或以後填寫本同意書。

我還可以隨時填寫新同意書，變更我的決定。

☐ **1.我同意**[Name of Provider Organization]透過 Healthix 存取我的所有電子健康資訊，以提供醫療保健（包括急救醫護）。

☐ **2. 我拒絕同意（急救情況除外）** [redacted] **透過**Healthix存取我的電子健康資訊。

☐ **3.我拒絕同意**[Name of Provider Organization]出於任何目的（**即使**在急救情況下），透過 Healthix 存取我的電子健康資訊。

如果我想拒絕同意所有參與 Healthix 的提供者組織和健康計劃透過 Healthix 存取我的電子健康資訊，我可以訪問 Healthix 的網站 www.healthix.org 或致電 Healthix 877-695-4749 來表達我的意願。

我對本同意書的問題已經得到解答，並且得到一份本同意書副本。

患者或患者法律代表簽名	日期
法律代表工整書寫姓名（如適用）	法律代表與患者的關係（如適用）

透過 Healthix 存取的資訊及同意流程的詳情：

1. **如何使用您的資訊。**您的電子健康資訊將**僅**用於以下醫療保健服務：
 - **治療服務。**為您提供醫學治療及相關服務。
 - **保險資格驗證。**檢查您是否有健康保險及其保障範圍。
 - **護理管理活動。**包括協助您獲得適當的醫療保健，提高向您所提供服務的品質，協調向您提供的多種醫療保健服務，或支援您遵循醫療保健計劃。
 - **品質改善活動。**評估和提高向您及所有患者提供醫療保健的品質。
2. **包括您的哪些類型資訊。**如果您給予同意，列出的提供者組織可以透過 Healthix 存取您的**所有**電子健康資訊。這包括本同意書簽署日期之前和之後創建的資訊。您的健康記錄可能包括您的病史或受傷史（例如糖尿病或骨折）、檢驗結果（例如 X 射線或驗血）及您曾經服用的藥品列表。這些資訊可能包括敏感健康狀況，包括但不限於：

• 酒精或毒品使用問題和診斷	• 藥物和劑量	• 就業資訊
• 生育控制和墮胎（計劃生育）	• 診斷資訊	• 生活狀況
• 遺傳疾病或檢驗	• 過敏症	• 社會支持
• HIV/愛滋病	• 物質使用史概要	• 保險申領就醫資料
• 心理健康狀況	• 臨床筆記	• 化驗結果
• 性傳播疾病	• 出院概要	
3. **您健康資訊的來源。**關於您的資訊來自於為您提供醫療保健或健康保險的機構。這些機構包括醫院、醫師、藥房、臨床實驗室、健康保險公司、Medicaid 計劃及其他以電子方式交換健康資訊的組織。Healthix 可以提供一份完整、最新的名單。您可以隨時查看 Healthix 的網站 www.healthix.org 或致電 877-695-4749 獲得一份最新的名單。
4. **在您給予同意的情況下，哪些人可以存取您的資訊。**只有您同意存取您資訊的組織的醫生及其他工作人員，才能執行第一段所述本同意書允許的活動。
5. **公共衛生和器官採購組織存取。**聯邦、州或當地公共衛生機構和某些器官採購組織得到法律授權，可出於某些公共衛生和器官移植目的，在無需得到患者同意的情況下，存取患者健康資訊。這些實體可以出於這些目的，透過 Healthix 存取您的資訊，而無需考慮您是否給予同意，拒絕同意或不填寫同意書。
6. **不當存取或使用資訊的懲罰。**若不當存取或使用您的電子健康資訊，將會面臨懲罰。如果任何時候，您懷疑有人不當查看或存取您的資訊，請致電提供者組織：_____；或訪問 Healthix, Inc. 的網站：www.healthix.org；或致電紐約州衛生署 518-474-4987；或透過以下連結按照聯邦民權辦公室的投訴流程操作：<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>。
7. **轉披露資訊。**您給予同意存取您的健康資訊的任何組織都可以轉披露您的健康資訊，但僅限於州和聯邦法律和規定允許的範圍之內。只有提供關於禁止轉披露的規定聲明，才能存取和轉披露酒精/毒品治療的相關資訊或機密的 HIV 相關資訊。
8. **有效期。**本同意書將一直有效，直至您更改同意選擇、死亡或 Healthix 停止運營為止。如果 Healthix 與其他合格實體合併，您的同意選擇仍將在新合併實體中有效。
9. **變更您的同意選擇。**您可以隨時透過新同意書提交新選擇，更改您的同意選擇及任何提供者組織或健康計劃。在您的同意書生效期間，透過 Healthix 存取您健康資訊的組織可以複製您的資訊或將您的資訊納入他們的醫療記錄中。即使您稍後決定變更您的同意，他們也無需退回您的資訊或從他們的記錄中刪除您的資訊。
10. **同意書副本。**您有權得到本同意書的一份副本。

提供商/機構名稱

關於 PSYCKES

精神病服務和臨床增強系統 (PSYCKES) 由紐約州 (NYS) 心理健康辦公室 (Office of Mental Health) 負責維護。這是一個在線數據庫，其中存儲了您的部分病史和其他健康信息。在您需要時，這可幫助您的醫療服務提供商為您提供適當的護理。

PSYCKES 中的信息來自您的病歷、紐約州醫療補助計劃 (Medicaid) 數據庫和其他來源。訪問 www.psyckes.org，點擊“關於 PSYCKES”，了解更多有關該計劃及數據來源的信息。

這些數據包括：

- 您的姓名、出生日期、地址和其他身份信息；
- 由 Medicaid 醫療保險支付的健康服務；
- 您的醫療護理歷史，例如經治療的疾病或損傷、檢查結果和用藥情況；
- 您或您的醫療服務提供商在該系統中輸入的其他信息，例如健康安全計劃等。

您需要做的事

您的信息屬於保密信息，他人必須獲得許可才能查看。如果您希望授權或拒絕您的提供商訪問您的檔案，請現在或以後隨時填寫此表。您的選擇不會影響您獲得醫療護理或醫療保險的權利。

請先仔細閱讀本頁背面的內容，然後勾選以下方框之一。選擇：

- “我同意”，表示您同意此提供商及其為您提供護理的工作人員查看您的 PSYCKES 信息。
- “我不同意”，表示您不同意他們查看。

如果您不同意，但在某些情況下，提供商可依據州和聯邦法律法規在 PSYCKES 中查看或從其他提供商處獲得您的健康信息。¹例如，如果 Medicaid 擔心您的醫療護理質量，您的提供商將可訪問 PSYCKES，以便幫助他們確定您是否適時獲得了相應的醫療服務。

您的選擇。僅可勾選一個方框。

- ☐ 我同意此提供商及其為我提供護理的工作人員訪問與我的醫療護理服務相關的健康信息。
- ☐ 我不同意此提供商訪問我的健康信息，但我知道，在州和聯邦法律法規允許的情況下，他們可以訪問。

患者正楷簽名

患者出生日期

患者的 Medicaid ID 號碼

患者或患者法定代表人簽名

日期

法定代表人正楷簽名（如適用）

法定代表人與患者的關係（如適用）

¹ 法律法規包括《紐約心理衛生法》(NY Mental Hygiene Law) 第 33.13 節、《紐約公共健康法》(NY Mental Hygiene Law) 第 27-F 條和聯邦保密規定，包括《美國聯邦法規》(CFR) 第 42 篇第 2 部分以及第 45 篇第 160 和 164 部分（也稱為“健康保險隱私及責任法案”(HIPAA)）。

- 1 提供商可以如何使用您的健康信息。他們僅可將您的健康信息用於以下目的：
 - 提供醫學治療、護理協調和相關服務。
 - 評估和改善醫療護理質量。
 - 在緊急情況下（例如您需要急診時）通知您的治療提供商。
- 2 他們可以訪問什麼信息。如果您同意，_____ 可以在 PSYCKES 中查看您的所有健康信息。包括您的健康檔案中的信息，例如疾病或損傷（例如糖尿病或骨折）、檢查結果（X 射線、血液檢查或篩查）、評估結果和用藥情況。可能包括您和治療提供商制定的護理計劃、安全計劃和精神疾病預先指示。可能還涉及一些敏感的健康狀況，包括但不限於：
 - 心理健康狀況
 - 酗酒或吸毒
 - 避孕和墮胎（計劃生育）
 - 基因（遺傳性）疾病或檢查
 - 艾滋病毒/艾滋病
 - 性傳播疾病
- 3 信息來源。您的檔案中會記錄由 Medicaid 支付的任何健康服務。您從國營精神病學中心獲得的服務也會納入其中。您的病歷以及您和醫生輸入的數據中，有部分（但非全部）信息會存儲在 PSYCKES 中。您的在線檔案中包括來自紐約州其他數據庫的健康信息，數據庫還可能會擴增。有關現有數據來源列表和 PSYCKES 的更多信息，請訪問 www.psyckes.org 查看“關於 PSYCKES”，或請求您的提供商為您打印列表。
- 4 您同意後，哪些人可以訪問您的信息。_____ 為我提供護理的醫生和其他工作人員，以及涉及或_____ 要求的醫療服務提供商。執行上述第 1 條所列職責的員工也可以訪問您的信息。
- 5 不當訪問或使用您的信息。不當訪問或使用您的 PSYCKES 健康信息會受到處罰。如果您懷疑無權限的某人查看或訪問了您的信息，請致電：
 - _____，電話：_____；或
 - 紐約州精神健康客戶關係辦公室 (NYS Office of Mental Health Customer Relations)，電話：**800-597-8481**。
- 6 告知您的情況。只有在州或聯邦法律法規允許的情況下，_____ 才能與他人分享您的健康信息。這些規定對電子或紙質形式的健康信息也適用。部分州和聯邦法律還設立了特殊保護規定和附加要求，規定披露敏感健康信息，例如艾滋病毒/艾滋病、吸毒和酗酒治療情況。¹
- 7 有效期。本同意書有效期為自您在_____ 接受服務最後日期起的 3 內，或直至您撤銷同意之日，以先到者為準。
- 8 撤銷同意。您可隨時撤銷同意，只需簽署撤銷同意書並提交至_____ 即可。您也可以隨時簽署新的同意書，更改您的選擇。您可以訪問 www.psyckes.org 獲取這些文件，或致電 _____（電話：_____）請求您的提供商提供。請注意，提供商在本同意書有效期間，通過 _____ 獲取您的健康信息時，可以在其病歷中複製或包含您的信息。您撤銷同意後，他們無義務歸還這些信息或將其從檔案中刪除。
- 9 同意書副本。簽署本同意書後，您會收到一份副本。

¹ 法律法規包括《紐約心理衛生法》(NY Mental Hygiene Law) 第 33.13 節、《紐約公共健康法》(NY Mental Hygiene Law) 第 27-F 條和聯邦保密規定，包括《美國聯邦法規》(CFR) 第 42 篇第 2 部分以及第 45 篇第 160 和 164 部分（也稱為“健康保險隱私及責任法案”(HIPAA)”）。



私隱確認同意書:

HIPAA, 授權發布信息, 隱私條款, 患者責任, 門診病人權利, 同意治療 同意發布 / 共享信息同意書, 自由選擇, 同意使用文字和/或電子郵件交換個人識別訊息, 健康保健委託書, PSYCKES 同意書與申訴程序, 遠程醫療服務知情同意書

透過在下面簽名, 我承認我已獲得並已閱讀上述 CARES 政策:

*CARES 已告知我如何使用和/或披露我的醫療信息
以及我如何取得這些資訊。*

患者姓名 (如果年滿 18 歲) /
或將簽署本檔的父母監護人的姓名:

日期:

患者或患者法定代表人簽名:

簽字代表與患者的關係:
