

收到确认及服务同意书

参保人姓名： _____

ACBHD 参保人编号： _____ 出生日期： _____

准入日期： _____ 计划名称： _____

如您同意以下陈述，请勾选相应方框，随后在表格上签字并注明日期，以确认您已收到所需信息，并同意接受相关自愿服务。

☐ 我同意接受本机构 / 服务提供者提供的自愿行为健康服务。

☐ 已向我以我能理解的语言或方式讲解了参保人告知材料，包括《参保人手册》《服务提供者名录》和《隐私实践声明》，并向我提供了这些文件的副本。

☐ 我同意通过远程医疗（音频和视频）或电话（仅音频）方式接受该服务提供者提供的服务。我理解：

- 我有权亲自获取由 Medi-Cal 承保的各项服务。
- 使用远程医疗是基于自愿的，我可以随时撤回同意或停止通过远程医疗接受服务，并且这么做不会影响我将来获得承保服务的能力。
- 线下就诊可享受非医疗交通福利。
- 已向我说明通过远程医疗方式接受承保服务可能存在的限制或风险，且我提出的问题均已得到令我满意的答复。

若您年满 18 周岁，请回答以下两个问题：

1. 您是否已拟定《预立医疗指示》？ ☐ 是 ☐ 否
2. 若未拟定，您是否已收到关于 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不适用
《预立医疗指示》的说明材料？

参保人或法定代理人的签名： _____

日期： _____

本部分由服务提供方填写（如适用）

☐ 会员 / 法定代表口头同意接受自愿行为健康服务，但拒绝签署或无法签署本表格。

注意：请在后续合适时间尝试获取签名。

提供者签名 _____ ***日期：*** _____