

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《预立医疗指示》的说明材料? 是 否 不适用

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: _____