

Yêu Cầu Về Sự Chấp Thuận Và Biểu Mẫu Chấp Thuận Với Việc Chăm Sóc Sức Khỏe Từ Xa (Telehealth) Của ACBH

Yêu Cầu Của Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (DHCS)¹

Theo thông báo BHIN [23-018](#), Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe (Department of Health Care Services, hoặc DHCS) yêu cầu các nhà cung cấp thực hiện tất cả những điều sau:

- Có được sự đồng ý bằng lời nói hoặc bằng văn bản cho việc sử dụng hình thức chăm sóc sức khỏe từ xa (telehealth) như một hình thức cung cấp dịch vụ được chấp nhận trước khi cung cấp các dịch vụ *được bảo hiểm ban đầu qua telehealth* (đồng bộ âm thanh và video) hoặc điện thoại (chỉ âm thanh).
- Giải thích thông tin cụ thể cho người thụ hưởng về việc sử dụng telehealth.
- Ghi vào hồ sơ y tế của người thụ hưởng sự đồng ý bằng lời nói hoặc bằng văn bản của họ để nhận các dịch vụ được bảo hiểm thông qua chăm sóc sức khỏe từ xa *trước khi cung cấp dịch vụ ban đầu*.

Nhận Được Sự Đồng Ý Cho Telehealth

Cơ quan Sức khỏe Hành vi Quận Alameda (Alameda County Behavioral Health, hoặc ACBH) đã tạo ra hai tùy chọn để có được sự đồng ý sử dụng Telehealth trước khi bắt đầu các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa. Các nhà cung cấp có thể chọn sử dụng các công cụ này hoặc có thể sử dụng thỏa thuận chấp thuận chung có chứa tất cả các yêu cầu trên.

Tài liệu về sự đồng ý của người thụ hưởng phải được cung cấp cho ACBH và DHCS khi được yêu cầu.

¹ Các nhà cung cấp cũng nên xem xét hướng dẫn từ các hội đồng cấp phép thích hợp để biết các yêu cầu về tài liệu chăm sóc sức khỏe từ xa cụ thể.

Hướng Dẫn Dành Cho Nhà Cung Cấp Để Có Được Sự Đồng Ý Bằng Lời Nói Dành Cho Telehealth

Nếu nhận được sự đồng ý bằng lời nói, hãy đọc phát biểu bên dưới cho người thụ hưởng, sau đó sao chép/dán thông tin vào ghi chú tiến trình trong hồ sơ y tế của người thụ hưởng.

“Theo Medi-Cal, quý vị có tùy chọn nhận dịch vụ trực tiếp khi gặp mặt trực diện hoặc qua chăm sóc sức khỏe từ xa (telehealth). Nếu quý vị gặp khó khăn khi tiếp cận các dịch vụ trực tiếp do vận chuyển, Medi-Cal sẽ cung cấp bảo hiểm cho các dịch vụ vận chuyển khi các nguồn lực khác đã cạn kiệt một cách hợp lý. Có thể có những hạn chế hoặc rủi ro liên quan đến việc nhận dịch vụ qua telehealth thay vì gặp trực tiếp. Ví dụ, [Thêm chi tiết]

Nếu quý vị chọn nhận dịch vụ qua telehealth, quý vị có thể thay đổi quyết định bất cứ lúc nào bằng cách cho chúng tôi biết. Nếu quý vị đổi ý về việc sử dụng telehealth, quý vị vẫn sẽ có quyền tiếp cận với các dịch vụ được Medi-Cal đài thọ.”

Nhà cung cấp dịch vụ đã xem xét Biểu Mẫu Đồng Ý Với Việc Chăm Sóc Sức Khỏe Từ Xa của ACBH với Bệnh Nhân. Bệnh nhân hiểu và đồng ý với những lời khuyên trên. Bệnh nhân đã đồng ý bằng lời nói để nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ nhà cung cấp dịch vụ qua telehealth.

Hướng Dẫn Dành Cho Nhà Cung Cấp Để Có Được Sự Đồng Ý Bằng Văn Bản Dành Cho Telehealth

Hoàn thành biểu mẫu Chấp Thuận Sử Dụng Telehealth và lưu vào hồ sơ y tế của người thụ hưởng.

Văn Bản Đồng Ý Tham Gia Các Dịch Vụ Qua Telehealth

1. Tôi đồng ý nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe qua telehealth với _____ [Tên, Giấy phép của Nhà cung cấp Dịch vụ].
Tôi hiểu rằng:
 - a. Tôi có quyền tiếp cận các dịch vụ được Medi-Cal đài thọ thông qua thăm khám trực tiếp, trực diện hoặc qua chăm sóc sức khỏe từ xa.
 - b. Việc sử dụng chăm sóc sức khỏe từ xa là tự nguyện và tôi có thể rút lại sự đồng ý của mình hoặc dừng việc nhận các dịch vụ qua chăm sóc sức khỏe từ xa bất kỳ lúc nào mà không ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận các dịch vụ được bao trả của tôi trong tương lai.
 - c. Medi-Cal cung cấp bảo hiểm cho các dịch vụ vận chuyển đến các dịch vụ trực tiếp khi các nguồn lực khác đã cạn kiệt một cách hợp lý.
 - d. Có thể có những hạn chế hoặc rủi ro liên quan đến việc nhận dịch vụ qua telehealth so với thăm khám trực tiếp, nếu có.
2. Tôi đã đọc kỹ tài liệu này, hiểu những hạn chế và rủi ro tiềm ẩn khi nhận dịch vụ qua telehealth và đã nhận được câu trả lời thỏa đáng cho các câu hỏi của mình.

Tên Viết Hoa Của Người Thụ Hưởng

Tên Viết Hoa Của Người Giám Hộ
(nếu có)

Chữ Ký Của Người Thụ Hưởng
(hoặc Người Giám Hộ, nếu có)

Ngày