

远程医疗同意要求与阿拉米达县行为健康 (ACBH) 远程医疗同意书

加州医疗保健事务局 (DHCS) 要求¹

根据行为健康信息通知 (BHIN) [23-018](#)，加州医疗保健事务局 (DHCS) 要求提供者完成以下各项：

- 在*通过远程医疗*（同步音频和/或视频）或电话（仅限音频）首次提供承保服务之前，获得使用远程医疗作为可接受服务提供方式的口头或书面同意。
- 向受益人解说使用远程医疗的相关具体信息。
- 在*首次提供服务之前*，在受益人医疗记录中记录通过远程医疗接受承保服务的口头或书面同意。

获得远程医疗同意

阿拉米达县行为健康 (ACBH) 制定了两种选择，用于在启用远程医疗服务之前获得远程医疗同意。提供者可选用这些工具，也可使用*包含所有上述要求*的一般同意协议。

受益人同意文件必须在要求时交给阿拉米达县行为健康 (ACBH) 和加州医疗保健事务局 (DHCS)。

¹提供者还应查看相应许可委员会的特定远程医疗文件要求相关指导。

提供者获得口头远程医疗同意说明

获得口头同意时，请向受益人读出以下文字，然后将信息复制/粘贴到受益人医疗记录中的进展说明中。

“根据加州医疗补助 (Medi-Cal) 规定，您可以选择使用当面看诊或通过远程医疗接受服务。如因交通原因无法获得当面服务，且已合理用尽其他资源，加州医疗补助 (Medi-Cal) 会承保交通服务。通过远程医疗而非当面接受服务可能有限制或风险。例如，【添加详细信息】

如果选择通过远程医疗接受服务，可随时通知改变想法。如对使用远程医疗改变了想法，仍可获得加州医疗补助 (Medi-Cal) 承保服务。”

服务提供者已向患者解说阿拉米达县行为健康 (ACBH) 远程医疗同意书。患者确知并同意上述权利告诫。患者已口头同意通过远程医疗从服务提供者接受医护服务。

提供者获得书面远程医疗同意说明

填写远程医疗同意书并放入受益人医疗记录中。

通过远程医疗接受服务书面同意书

1. 本人同意通过远程医疗从 _____ 【服务提供者姓名、许可证】接受
医护服务。本人确知：
 - a. 本人有权通过当面看诊或远程医疗获得加州医疗补助 (Medi-Cal) 承保服务。
 - b. 使用远程医疗纯属自愿，本人可以随时撤回同意或停止通过远程医疗接受服务，
不会影响本人将来获得承保服务的能力。
 - c. 已合理用尽其他资源时，加州医疗补助 (Medi-Cal) 会承保前往当面看诊服务的
交通服务。
 - d. 与当面看诊相比，通过远程医疗接受服务可能有限制或风险（如适用）。
2. 本人已细读本文件，确知通过远程医疗接受服务的潜在限制和风险，而且本人的问题
也得到了令本人满意的答复。

受益人工整书写姓名

监护人工整书写姓名（如适用）

受益人或监护人签名（如适用）

日期