

远程医疗服务同意书

这份同意书的目的是为学生和监护人提供资料需知，让他/她们在决定是否通过「远程医疗」或电话方式继续现有的咨询服务/心理辅导，而加以考虑的重要信息。我们为提供灵活的家庭咨询服务，将组合下列模式与教师、家长、学生进行「远程医疗」会议、或使用电子邮件发送学习项目或反思作业，及/或，如果辅导对象和心理辅导员无法面对面会谈时，通过电子邮件相互报到。

什么是远程医疗服务，与及在什么时候使用？

远程健康服务是精神健康工作人员不能亲自与您在一起的情况下，对您的精神健康需求作出评估，和每周在提供心理辅导时所使用的服务模式，精神健康工作人员与辅导对象各自出现在不同的地方，可通过新科技提供服务，这不是以电话交谈，而是使用摄像机和电脑发送您和心理辅导员之间的语音和个人图像(图片)，不仅可以相互交流，还可以彼此看到对方，

远程医疗服务是怎样运作？

您可以是自己一个人、与一位朋友、家人、或教职员待在一私人房间里。这房间里设有一台带摄像功能的电脑，而精神/心理健康辅导员则在另一处的私人房间里，房间内有著相同类型的设备。当会议准备开始时，诊所工作人员会启动电脑和摄像器，这样您和精神/心理健康辅导员就可以看到对方并且一起交谈。会议疗程结束后，诊所工作人员会关闭设备。

这与精神/心理健康辅导员的定期会面有什么不同？

除了您与精神/心理健康辅导员不在同一房间里之外，治疗过程几乎没有什么区别。精神/心理健康辅导员会纪录您在临床治疗期间所分享的信息、提供的服务、并确保临床治疗过程包含在文档纪录中以供将来参考。

如果我选择不同意接受远程医疗服务，会怎么样？

如果您选择不同意接受远程医疗服务的话，成功之路计划将无法为您提供方便和快捷的服务。您的服务将被终止。

请登入 ausdgateway.com 阿罕布拉联合学区的 Gateway 网页，查阅有关社交情绪学习资源和其他更多信息。

热线：

- 1-877-7-CRISIS (洛杉矶县/全天候免费电话)
- 1-800-273-TALK (全国//全天候免费电话)
- 1-800-SUICIDE 自杀 (全国//全天候免费电话) 1-800-784-2433
- 家庭暴力热线: (562)945-3939
- 洛杉矶县虐待儿童热线: 1 (800) 540-4000
- 全国性侵犯热线 1-800.656.HOPE (4673)

防止自杀网站：

- 疾病控制中心 - cdc.gov
- 全国学校心理学家协会 - nasponline.org
- 防止自杀生命热线 (英语/西班牙语/聋人)- <https://suicidepreventionlifeline.org/>

远程医疗服务同意书

本人在此表格上的签署，代表我明白及理解以下内容：

- 1) 我明白，心理健康辅导在隐私法保障下受到机密性的保护，也适用于远程服务，除非在保密条款以外的情况下，(也就是：对儿童、老年人、或弱势成年人施以虐待行为均属强制性通报；对自己个人、或他人构成危险；法庭传票)。
- 2) 我明白，精神/心理健康服务提供者、学生、或家长/监护人均不允许对辅导会谈期间的交流进行视频或音频录制。除非法律允许/或被要求披露外，任何在辅导会谈期间的所有信息和与辅导有关的书面纪录均属机密，未经书面授权，不得向任人士披露。
- 3) 虽然，远程治疗主要是在安全和私人视频的形式下进行，但我知道远程治疗始终存在着一些风险，包括以下，但不限于，技术故障造成的传输中断、未经授权人同意而遭中断和/或违反保密规定，和/或在紧急情况下应对突发事件的有限能力。
- 4) 我知道远程治疗是由美国加利福尼亚州提供服务。如果学生移居加州以外的地方，则所提供的服务将由该州政府的法律管辖。

如果视频会谈工具出现故障，我会与我的辅导员一起确定一种替代的沟通方法(通常是电话)。

- 6) 我将负责以下工作：(1) 提供电脑和/或必要的电讯设备和互联网接入。(2) 我会安排一个保密的地方让我的孩子或我的(青少年) 接受远程治疗服务。
- 7) 我明白，心理辅导员/实习生对我或我孩子的关心、或当与我们失去联系、或如果我的孩子/我未能在预约辅导时间出席视频会谈时，心理辅导员/实习生将通过电话与我联系，查询我们的健康状况。此外，如果我或我的孩子显示任何危险的迹象，心理辅导员/实习生将需要联系阿罕布拉联合学区(AUSD) 的有关部门以确保我们的安全。
- 8) 我明白，我在远程治疗的护理下，将可期待预期的进展，但不能保证其有效性或效果。

特定心理辅导小组(如适用)：

现有的保密规则均适用于小组辅导。然而，考虑到其他小组成员或会在别处以远程方式参与，如果小组成员不在一个私人房间内进行，则可能无法维护您孩子的保密/隐私权。

我们是根据州和联邦法则为您提供此保密信息，包括但不限于，适用的「福利和机构守则、民事法和 FERPA 隐私标准」。除非获得法律允许，否则未经当事人/授权代表的事先书面授权，皆禁止复制有关资料，以作进一步的披露。

是的。本人同意：我已阅读并理解上述关于远程医疗/心理辅导服务的信息。我在此表示知悉并同意。我明白本人有权在任何时候撤回同意书，而不影响我孩子日后接受服务的权利。

不。本人拒绝让我的孩子参加远程医疗/心理辅导服务，并要求提供与其目标相关的替代活动，如推荐一些应用程式、资源等。如果我改变主意，我会与您联系。

家长/监护人姓名： _____

家长签名： _____ 日期： _____

***根据洛杉矶县教育局的指引，在「待在家中」限制令期间，通过电邮方式回复《表示同意》的电子邮件，应可作为电子签名。*

电话同意：家长/监护人理解上述的通知，并通过电话以口头形式同意接受辅导服务，由于遵循公共卫生局的健康危机程序，因此而未签署本同意书。

_____ 姓名/ AUSD「迈向成功之路」员工职衔 _____ 签名/通过电话联系日期

远程医疗/心理辅导提供者的联系信息：

姓名/职衔：		我会在下列办公时间回复电子邮件：
电子邮件：		

如果在无法与我取得联系的情况下，请与下列与我关系密切的人士联系，如家庭中的另一位照顾者或家庭成员：

1. _____ 姓名/关系 _____ 电话号码
2. _____ 姓名/关系 _____ 电话号码
3. _____ 姓名/关系 _____ 电话号码

_____ 家长/监护人签名 _____ 日期

_____ 学生签名 _____ 日期