

학교 보건서비스 원격의료 프로그램 동의서

학교 보건서비스 원격의료 프로그램에 따라 본인은 다음 사항을 이해합니다.

1. 본인의 자녀는 Children's National Hospital 및 그 밖의 의료진 및 행동건강제공자 등 의료제공자와 화상(화상 회의) 또는 전화 통화(원격 회의)로 진행되는 진료 예약에 참여할 것입니다. 의료제공자가 대면 후속 진료나 긴급 진료 또는 응급 서비스가 필요하다고 결정할 수 있습니다.
2. 원격의료 진료 시, 본인의 자녀는 의료제공자와 동일한 공간에 있지 않고 다른 장소에 머물게 될 것입니다. 본인은 또한 자녀를 위한 원격의료 예약을 거부할 선택권이 있음을 이해합니다. 대신에 본인은 자녀를 대면 방문으로 담당 의료제공자에게 데려갈 수 있습니다.
3. 원격의료 서비스에 대한 제한에는 중단, 무단 이용 및 기술적 문제가 포함될 수 있습니다. 본인은 또한 의료제공자가 화상 회의/원격 회의 연결이 적합하지 않다고 판단하는 경우 자녀의 원격의료 진료를 중단할 수 있음을 이해합니다.
4. 자녀의 의료 팀과 제공자 외에, 영상 장비를 작동하고 수집한 모든 정보의 기밀성을 유지하도록 훈련받은 당사자들도 참석할 수 있습니다. 본인은 또한 자녀가 (1) 자녀의 병력/신체 검사에 대한 구체적 내용 생략 (2) 비의료인에게 검진실을 나가도록 요청 또는 (3) 언제든지 진료 종료를 요청할 권리가 있음을 이해합니다.
5. 자녀에 대해 행해진 모든 인터뷰 또는 사진은 의료 목적으로만 사용되며 연방 및 DC 법률 및 규정에 따라 의료제공자 및 보건실 담당자가 기밀의 의료 기록으로 유지관리합니다.
6. 이 동의서에 서명함으로써 본인은 학교 보건서비스(School Health Services)의 보건실 담당자가 자녀의 건강 상태 및 의료 진료에 대한 모든 관련 의료 정보를 제공자, 담당 의료진 및 의료제공자에게 공개하도록 허용합니다. 본인은 또한 제공자 또는 그 의료담당자가 진료와 관련된 의료비를 지불할 책임이 있을 수 있는 자녀의 건강 보험사 또는 여하한 기타 대리인에게 일체의 모든 정보를 공개하도록 허용합니다. 본인은 또한 법이나 규정에 의해 요구되거나 자녀의 건강과 안전을 보호하기 위해 필요한 사유로, 학교 보건서비스 원격의료 프로그램이 학교 관계자와 DC Health에 특정 의료 정보를 공개하도록 허용합니다.
7. MedStar Family Choice, AmeriHealth, Care First 또는 HSCSN 가입자는 원격의료를 통해 제공되는

모든 서비스에 대해 청구서를 받지 않습니다. 본 프로그램과 관련된 모든 비용은 보험사의 재량에 따릅니다. 1차 진료 방문에 필요한 모든 코페이가 본 서비스에 적용될 수 있습니다. 본인은 본인의 건강보험, Medicaid 또는 자녀의 의료 진료에 재정적 책임이 있는 여타 제3자의 혜택/금전 등 원격의료를 제공하기 위한 모든 금전 또는 혜택이 제공자에게 할당 및 이전될 것임을 이해합니다. 본인은 지불을 확인하고 기타 공중보건 목적에 필요한 경우, 모든 필수 정보(의료 기록, 청구 사본 및 항목별 청구서를 포함하되 이에 국한되지 않음)의 공개를 허용합니다.

8. 본 동의는 학생이 학교에 등록된 기간 동안 유효합니다. 본인은 또한 본인의 동의를 철회하는 서명과 날짜가 기재된 서신을 보건실 담당자에게 제공함으로써 언제든지 본인의 동의를 철회할 권리가 있음을 이해합니다.

9. 본인은 언제든지 제공되는 서비스가 만족스럽지 않으면 전화 (202) 724-7491 또는 이메일 healthcareombudsman@dc.gov를 통해 옴부즈맨 팀에 이의를 제기할 수 있습니다. 본인은 또한 TelehealthCSS@childrensnational.org에서 아동학교서비스 팀과 소통할 수 있습니다. 이의제기는 다음 학교 보건 서비스 프로그램 포털인 <https://dchealth.force.com/studenthealthservices/s>를 통해 제기할 수 있습니다.

10. 본인은 본 문서를 주의 깊게 읽었으므로(또는 본인에게 누군가 읽어주었으므로), 이로써 위에 명시된 조건과 아래의 동의서 내에 첨부된 동의서를 작성하고 이에 서명함으로써 자녀를 학교 보건서비스 원격의료 프로그램에 참여하도록 등록합니다.

학교 보건서비스 원격의료 프로그램 동의서

자녀가 학교 보건서비스 원격의료 프로그램에서 의료 서비스를 받을 수 있도록 다음 양식을 작성해 주십시오. 이 정보를 제공함으로써 귀하는 자녀가 원격의료 서비스를 받는 조건을 이해하고 이에 동의함을 확인합니다.

학생의 개인 정보 학부모/보호자/학생 작성					
학생 성:		학생 이름:		생년월일:	
학교명 또는 보육 시설명:		성별: 남성 여성 바이너리			
주택 주소:		아파트:	시:	주:	우편번호:
민족적 지칭: <i>(해당 항목 모두 표시)</i>					
히스패닉/라틴계		비히스패닉/비라틴계		기타 응답하고 싶지 않음	
인종: <i>(해당 항목 모두 표시)</i>					
아메리칸 디언/ 알래스카 원주민		아시아인 하와이원주민/ 태평양 섬주민		흑인/아프리 카계 미국인 백인 응답하고 싶지 않음	
학부모/보호자/배우자/기타인 성명:			학부모/보호자/배우자/기타인 전화번호:		
학부모/보호자/배우자/기타인 이메일:			학부모/보호자/배우자/기타인 대체 전화번호:		
비상 연락처 성명:			비상 연락처 전화번호:		
보험 유형: Medicaid 민간 없음			보험명/ID 번호:		
1차 진료 제공자 이름, 조직 및 전화번호(가능한 경우)					

본인은 서명한 유면허 의료전문가가 후속 진료 목적으로 관련 기관 및 의료제공자 간의 조정을 위해 본 양식의 의료정보 및 원격의료 진료로 인한 의료 정보를 학생의 학교 및 해당 DC 정부 기관과 공유하는 것을 허가합니다. 본인은 또한 지불을 확인하고 기타 공중보건 목적에 필요한 경우, 모든 필수 정보(의료 기록, 청구 사본 및 항목별 청구서를 포함하되 이에 국한되지 않음)의 공개를 허용합니다. 또한, 본인은 이로써 DC, 학교, 그 직원 및 대리인이 범죄 행위, 고의적 잘못, 중대한 과실 또는 고의적 불법 행위를 제외하고 DC 공식 법규(Official Code) § 38-651(DC 법률 17-107)에 따른 작위 또는 부작위에 대한 민사상 책임을 면하게 됨을 인정하고 이에 동의합니다. 본인은 학생이 원격의료 진료에 참여할 수 있기 전에 본 양식을 작성하여 제출해야 함을 이해합니다.

학부모/보호자/18세 이상의 학생 서명: _____ **날짜:** _____

학부모/보호자/18세 이상의 학생 성명 정자체: _____

미성년자의 건강 동의 서비스

22-B DC 시 규정(D.C. Municipal Regulations, DCMR) §600은 18세 이상 성인이 본인 자신 또는 그 자녀 또는 배우자를 위한 의료서비스 제공에 동의할 수 있다고 규정합니다.

또한, 컬럼비아 특별구 내에서 모든 연령의 미성년자는 다음 의료 상황 (a) 임신 또는 합법적 임신 중절 수술, (b) 약물 및 알코올 남용 등 물질 남용 또는 (c) 정신적 또는 정서적 질환 및 성매개질환의 예방, 진단 또는 치료를 위해 해당 미성년자가 요청하는 의료서비스에 동의할 수 있습니다.

학생 서명: _____

날짜: _____

학생 성명 정자체: _____