



舊金山市和縣公共衛生局

社區心理行為健康服務中心

姓名

BIS #

社區心理行為健康服務中心精神健康／戒毒及酒精治療計劃參與同意書

服務使用者姓名

本人同意於 _____

參與由舊金山市和縣公共衛生局社區心理行為健康服務中心（CBHS）舉辦的治療計劃。

本人明白，所有的建議治療將由（本人的獨立）服務提供者向本人解釋，包括其風險、裨益及合理的替代方案。本人明白，本人將有發問和問題獲解答的機會。

本人明白，CBHS的計劃為不同類型的心理行為健康培訓生提供臨床經驗。本人明白，此等由臨床監督人員所指導的人士有可能為本人（本人的家屬）提供治療。

本人明白，本人的身體狀況資料有可能經由受保護的網絡分享到授權的醫護人員／機構，以提供治療、護理協調及質素改進之用。

心理行為健康資料有可能包括，但不限於：護理組員、藥物、敏感史、今昔化驗結果、防疫注射、生命表徵及見面日期。此不包括 CFR 第 42 章第二部分的 SUD 治療。本人明白本人可以隨時退出。除了上述提及的健康護理服務提供者，本人明白本人（本人的家屬）的治療紀錄為機密，並依照 DPH 私隱通知撮要所述的情況下可予披露。

本人明白，根據國家及／或聯合法例要求，當(1)本人的服務提供者相信本人（本人的家屬）有可能傷害本人或其他人，或(2)本人的服務提供者懷疑有虐待兒童、受撫養成年人或長者，CBHS提供者必須向合適的機構通報。本人已細閱同意書，收悉副本，並接受此等條款。本人亦明白，本人可以隨時收回同意書，並於任何時候停止此計劃的服務。

簽署或簽署或標記： _____

委托人／父母／監護人／其他法律代表。

日期： _____

時間： _____ 上午／下午

如果由客戶以外的人簽署，請說明你和客戶的法律關係。

如果未成年人是一) 脫離父母獨立生活，或二) 年滿12歲，並且符合《家庭法》第 6924 條及／或 6929 條規定的服務條件，他／她可以同意接受服務，並代表他／她本人親自簽署此表同書書。

如果成年服務使用者無法提供完整的簽名，亦沒有法定代表，其簽名必須由兩人見證。

見證人一： _____

簽署

正楷書寫的姓名及頭銜

見證人二： _____

簽署

正楷書寫的姓名及頭銜