

동의서

설명에 따른 동의

본 평가에서 얻은 정보는 기밀이며, 서면 허가 없이는 어떤 개인이나 기관에도 공개되지 않음을 이해합니다. (이 공개 허가는 저희 사무실에서 제공되거나, 원하는 개인과 작성 후 저희에게 제출할 수 있습니다.) 이 정책의 유일한 예외는 법률에 따라 허가 여부와 관계없이 정보를 공개해야 하는 상황입니다. 예를 들어: 1) 아동이나 노인에 대한 신체적 및/또는 성적 학대 증거가 있는 경우, 2) 제가 자신이나 타인에게 해를 끼칠 위험이 있다고 판단되는 경우, 3) 법원이 환자의 기록을 소환하는 경우. 이러한 상황이 발생하면, 조치를 취하기 전에 환자에게 정보 공개에 대한 사실을 알릴 것을 시도하며, 기밀 정보 공개는 안전을 보장하기 위해 필요한 최소한으로 제한됩니다.

정신과 평가 동의

아래 서명을 통해, 저는 Progeny Psychiatric Clinic에서 심리 평가를 받는 것에 동의하며, 클리닉의 평가 정책과 5페이지의 동의서, 지각/취소 및 결제 정책을 읽고 이해했음을 확인합니다. 또한 이 양식에 명시된 모든 결제 조건에 동의합니다. 저는 PPC에서의 고객으로서의 권리와 의무를 완전히 이해하며, 이 평가에 자유롭게 동의합니다.

환자/대리인 서명

날짜

제공자 면책 조항

약물 관리 서비스는 의사, 간호사 전문의, 또는 의사 보조자에 의해 제공될 수 있습니다. 위 모든 제공자는 평가, 진단, 처방이 가능합니다. *만약 담당 제공자가 부재 시, 다른 제공자가 진료할 수 있습니다.*

치료 서비스는 심리학자, 상담사, 공인 결혼.가족 치료사, 결혼.가족 치료사 보조, 공인 임상 사회복지사, 임상 사회복지사 보조에 의해 제공될 수 있습니다.

저희 클리닉에는 면허를 가진 임상가와 함께 근무 시간을 채우는 학생들도 있습니다. 학생에게 진료받는 것을 거부하거나 선호하는 경우 자신의 임상가를 요청할 권리가 있습니다. (즉시 이용 불가 시 재예약이 필요할 수 있음)

독립 계약자 제공자에 대한 환자 확인

아래에 서명함으로써, 저는 Progeny Psychiatric Clinic(PPC)에서의 제 진료와 관련된 위 진술을 이해하고 동의함을 확인합니다. PPC의 임상 제공자는 독립 계약자입니다.

이들에는 정신과 의사, 간호사 전문의, 의사 보조자, 공인 임상 사회복지사, 사회복지사 보조, 공인 결혼.가족 치료사, 결혼.가족 치료사 보조, 공인 전문 임상 상담사, 전문 임상 상담사 보조, 심리학자 등이 포함되며, 이에 국한되지 않습니다.

PPC는 모든 클리닉에 공인 의사가 상주하도록 보장합니다. 또한 각 클리닉에는 충분한 수의 간호사 전문의와 의사 보조자가 배치되어 있습니다. 약물 관리 환자로 PPC를 방문할 경우, 대부분의 진료는 간호사 전문의 또는 의사 보조자가 담당하게 될 가능성이 높습니다. 직접 의사가 진료를 감독하기를 원하신다면, 주저하지 말고 저희 직원에게 요청하십시오.

하지만 의사를 만나실 경우, 간호사 전문의나 의사 보조자를 만날 때보다 대기 시간이 더 길어질 수 있음을 유념하십시오. 저희는 임상 간 협업을 우선시하지만, 가장 중요한 우선순위는 환자가 신속히 진료받는 것입니다.

저는 제 정신과 진료 전반이 독립 계약자로 활동하는 간호사 전문의나 의사 보조자에 의해 수행될 가능성이 높음을 이해합니다. 간호사 전문의와 의사 보조자는 각각 고유한 주 면허 번호와 고유 DEA 번호를 가지고 활동합니다.

_____ 환자/대리인 서명 _____ 날짜

저는 직접 _____ 로 의뢰받았습니다.
(누구와 약물 관리 진료 약속이 있는지).

저는 해당 임상 제공자가 부재하지 않는 한 모든 정신과 진료가 이 제공자에 의해 이루어짐을 이해하며, 부재 시에는 클리닉 내 다른 제공자에게 진료받을 수 있습니다.

저의 치료사는: _____ 입니다.

기밀 유지 동의서

개인정보 보호 정책

기밀성은 정신과 및 심리 서비스 환자 모두에게 법적으로 보장된 프라이버시 권리입니다. 즉, 이 사무실에 제공된 모든 개인 정보는 서면 동의서가 있거나 법률상 요구되는 경우를 제외하고는 외부의 개인이나 기관과 공유되지 않습니다. 하지만, 기밀 유지에는 예외가 있습니다. 본 사무실에서 논의되는 모든 정보는 아래 명시된 조건을 제외하고는 기밀로 유지됩니다.

- Progeny Psychiatric Clinic이 다른 기관 또는 개인에게 정보를 공개하도록 서면으로 동의한 경우(PHI 공개 허가서에 상세히 명시됨).
- 법에 의해 기밀 유출이 요구되거나 허용되는 경우. 예시로는 아동 학대, 노인/부양 대상 성인 학대, 자신 또는 타인에게 위험한 행동, 기타 법적 사항에 대한 합리적 의심이 있는 경우가 있습니다.
- Progeny Psychiatric Clinic은 재량에 따라 귀하의 사례에 대해 동료 또는 법률 자문과 상담을 요청할 수 있으며, 이 경우 신원을 식별할 수 있는 정보는 공개되지 않습니다.
- 미납 요금을 정기적으로 지불하지 않으면 청구가 채권 추심 기관으로 넘어가거나 소액 청구 법원에 제출될 수 있습니다.
- 사회복지 기관 사건 통보를 받으면, Pacific Psychiatric Group과 공유된 모든 정보가 지정된 사회복지사 및/또는 다른 SSA 대리인과 담당자에게 전달됩니다.
- 귀하가 소송(이혼 소송 포함)의 당사자이고 정신 상태를 문제로 제시하는 경우, 기밀 특권이 포기될 수 있습니다. 양육권 사건에서는 법원이 지정한 평가자가 평가를 수행할 수 있도록 기밀 특권을 포기해야 할 수도 있습니다. 소환장이나 법원 명령을 받은 경우, PPC는 귀하의 기록을 제출하거나 증언할 의무가 있을 수 있습니다. 어떤 조치가 기밀 특권 포기로 이어질 수 있는지에 대해 법적 조언을 제공할 수 없습니다.
- 캘리포니아 가정법(Family Code)에 따라, 양육권이 없는 부모도 자녀의 치료 정보에 접근할 권리가 있음을 유의하시기 바랍니다.

어린이 비밀 유지에 대한 부모님 안내

귀하의 자녀가 치료에 참여하는 경우, 자녀가 담당 정신과 의사 또는 치료사와 신뢰 관계를 형성할 수 있도록 하는 것이 중요합니다. 따라서, 자녀가 치료사와 논의하는 대부분의 개인 정보는 일반적으로 부모님과 공유되지 않는다는 점을 이해하셔야 합니다. 대신, 자녀의 의사는 개인적인 세부 사항 없이 자녀의 진행 상황에 대한 일반 요약 정보를 제공할 것입니다. 본 클리닉은 폭력, 아동 학대, 자해, 자살 위험, 타인 또는 자신에게 해를 끼칠려는 의도, 음주 운전 등과 같은 비정상적이거나 위험한 증상이나 행동에 대해 부모님께 알려드리는 데 최선을 다하고 있습니다.

초기

진료 정책

예약 정책

초기 평가, 진단 및 전체 세션은 일반적으로 약 30~60분 정도 소요됩니다. 후속 세션은 약 15~30분 정도 소요됩니다. 약물 관리 세션은 사례에 따라 약 15분 정도 소요됩니다. 하지만, 이 세션들은 예상보다 더 많은 시간이 소요될 수 있습니다. 모든 서류 작성과 본인 부담금 제출은 세션 시작 전에 완료되어야 합니다. 원활한 운영을 위해 예약 시간 15분 전에 도착해 주시기 바랍니다. 다음 환자에게 시간상의 불이익이 가지 않도록 시간을 지켜주시기 바랍니다.. 1년 이후 재방문 시 새로운 환자로 간주되며, 재평가가 필요합니다.

초기

긴급/응급 서비스

저희 클리닉은 외래 진료 기관이며, 응급 의료 서비스를 제공할 장비가 갖추어져 있지 않습니다. 필요시 적절한 응급 치료를 받을 수 있도록 하고자 합니다. 따라서, 심각한 부작용이 발생하거나 자살 충동이 있는 경우 911에 연락하거나 가까운 응급실을 방문하시기 바랍니다. 응급 치료를 받은 후에는 외래 진료 담당자와 후속 상담을 진행하여 병원에서 이루어진 치료 내용 변경 사항을 논의하시기 바랍니다 (퇴원 전에도 권장됩니다).

초기

24시간 예약 취소 및 지각 정책

모든 예약 취소 또는 변경은 24시간 이내에 이루어져야 하며, 그렇지 않을 경우 예약부도 수수료가 발생할 수 있습니다.

정책 이유: 24시간 전에 취소 또는 변경 의사를 알리면 다른 환자가 해당 시간에 예약할 수 있는 기회를 제공합니다. 이는 대기자가 있거나 다른 시간으로 예약을 변경할 기회를 기다리는 환자가 있을 수 있기 때문에 중요합니다. 가능한 한 약속된 시간에 임박하지 않은 사전 통보를 해주시기 바랍니다.

**예약에 나타나지 않으면, 예약부도 수수료가 부과됩니다.

**제한 시간 내 이메일 또는 음성 메시지 통보도 적절한 통보로 간주됩니다.

예약 부도한 세션에 대해 보험사에 청구하는 것은 불법이므로, 예약 부도한 세션에 대한 전체 비용을 본인이 부담하게 됩니다(예약 참석 시 지불한 금액보다 훨씬 높은 금액이 될 수 있음). 시간당 현금 요금은 담당자에 따라 다를 수 있습니다:

이 취소 정책은 의료 및 정신 건강 분야의 표준이며 엄격히 시행됩니다. 가끔 예약을 놓치는 합당한 이유가 있을 수 있으나, 예외는 드뭅니다. 1년 동안 3회 결석 시, 치료 서비스를 중단할 수 있습니다.

예약 취소 및 지각 연락처: 949-722-7118 필요 시 쉽게 확인할 수 있는 곳에 저장해 주세요.

지각 시:

지각 시, 당일 진료 여부는 담당자가 결정하며, 다른 날짜로 예약을 변경할 수 있습니다. 지각 통보 전화를 해도 반드시 진료를 받을 수 있는 것은 아니며, 유예 기간은 없습니다. 예약 결석은 노쇼로 간주됩니다.

초기

연락 방법

- 저희 사무실에 연락하실 수 있는 방법: 전화, 이메일, 온라인 양식 제출, Yelp 메시지, 음성 사서함.
- 저희 프론트 직원이 이메일에 답변하는 데 최대 2영업일이 소요될 수 있습니다.
- 담당 의료진마다 이메일 회신 시간에 차이가 있을 수 있으므로, 담당 의료진과 논의하시기 바랍니다.
- 음성 사서함은 1영업일 이내에 회신됩니다. 원활한 도움을 위해 반드시 전체 메시지를 남겨 주세요.
- 문자 및 이메일 알림은 귀하가 제공한 번호 및/또는 이메일로 발송됩니다. *이 알림은 무료이며, 예약 일정을 반드시 기록해 두시기 바랍니다.* 원하지 않을 경우 언제든지 프론트 직원에게 알려 주세요.

초기

약물 사전 승인

저희 사무실에서는 약물에 대한 사전 승인(PA)을 제출할 수 있습니다. 환자는 저희가 올바른 보험 계획에 제출할 수 있도록 최신 보험, 연락처 및 청구 정보를 제공할 책임이 있습니다. 사전 승인 승인은 보장되지 않으며 귀하의 보험에 따라 달라질 수 있습니다. 사전 승인은 요청 통보일로부터 5~7영업일이 소요될 수 있습니다.

재처방 정책

- 약물이 부족할 경우, 약물 부족을 방지하기 위해 예약 시 사무실에 알려야 합니다.
- 우편 제출 서비스가 있는 경우, 혼동을 방지하기 위해 저희가 작성한 후 서류와 처방전을 발송할 책임이 있습니다.
- 약물 재처방은 반드시 예약 시 처리해야 하며, 예기치 못한 상황에서 약물이 부족할 경우, 영업시간 내에 사무실에 연락해 주세요. 예약된 추적 진료가 있거나, 다음 가능한 의료진과 예약 시, 비통제 약물은 기꺼이 재처방해 드립니다.

- 통제되는 약물의 분실/도난 처방전은 경찰 신고가 필요하며, 임상적으로 안전할 때만 재처방됩니다.
- 재처방은 약물 보장을 보장하지 않으므로, 약국에 문의하여 확인하시기 바랍니다.

초기

의료진 변경

담당 의료진이 부재 시, 클리닉 내 다른 의료진을 볼 수 있습니다. 이는 의료진 변경으로 간주되지 않습니다. 의료진 변경이란 현재 담당 의료진과의 진료를 중단하고 다른 의료진과 진료를 시작하고자 하는 것을 의미합니다. 저희의 목표는 환자가 신뢰 관계를 형성하고 지속적인 치료를 받는 것입니다. 의료진 변경은 2회 이후 제한됩니다. 의료진 변경 시, 치료 계획에 동의하지 않는 이유 외의 사유여야 합니다 (의료진이 거부한 특정 약물 요청, 거부된 용량 증가 요청, 통제 약물만 요청 등).

약물 및 치료는 담당 의료진의 평가를 기반으로 하며, 의료적으로 적절할 때만 제공됩니다. 치료 계획에 동의하지 않을 경우, 클리닉 외부에서 2차 의견을 구하도록 요청할 수 있습니다.

초기

환자 진료 종료

저희의 사명은 모든 기존 환자에게 양질의 치료를 제공하는 것입니다. 저희 사무실과 환자 간의 협력 관계는 치료의 질에 필수적이며, 협력 관계가 손상되면 치료에 해로울 수 있습니다. 퇴원 사유는 아래를 참고하시기 바랍니다.

- 치료 불이행
- 출석 정책 미준수
- 클리닉 정책 미준수
- 공격적 또는 폭력적 행동

초기

서류/문서 처리

요청하신 모든 양식은 먼저 담당 의료진과 상의해야 합니다. 양식, 편지 및 장애 관련 서류에 대한 승인은 의료진의 재량에 따라 결정됩니다. 일반적인 서류 처리 기간은 5~7 근무일이며, 일부 양식의 경우 최대 14 근무일이 소요될 수 있으나 예기치 못한 상황에서는 달라질 수 있습니다. 요청 사항은 가능한 한 제때 제출해 주시기 바랍니다. 2023년 1월 1일부터, 의료진의 작성이 필요한 모든 요청 문서 및 양식에는 요금이 부과될 수 있으며, 보험으로 커버되지 않는 경우에는 환자 또는 책임자가 비용을 부담해야 합니다.

초기

재정 관련 사항

귀하는 치료를 위해 보험사로부터 사전 승인을 받는 책임이 있습니다. 또한, 진료 시 모든 본인 부담금 및 보험 서비스를 책임져야 합니다.

또한, 보험이 적용되지 않는 비용에 대해 본인이 책임을 진다는 것을 이해합니다. 치료 중 언제든지 보험 적용 대상이 아니라는 사실을 알게 될 경우 즉시 PPC에 알려야 하며, 청구된 비용의 100%에 대한 재정적 책임이 있음을 이해합니다. 또한 개인 정보나 보험 정보가 변경될 경우 PPC에 알려야 하며, 현재 유효한 신용카드를 기록으로 보관합니다.

메디케어(Medicare) 환자의 경우, 아래 서명함으로써 초기 방문 비용의 20%, 모든 후속 방문 비용 및 공제액을 지불하는 데 동의합니다.

청구 관련 문의는 MIS FINANCIAL 부서(전화: 949-955-2101)로 연락할 수 있습니다.

지불 조건 및 보험 미적용 서비스

치료 세션 외의 서비스에는 시간당 \$150~\$400의 정규 요금이 청구됩니다. 이러한 서비스에는 다른 전문가와의 상담이 포함됩니다. 보호자 지정, 청원서, 장애 관련 양식 또는 의료 휴가에 필요한 서신에 대한 요금이 부과될 수 있습니다.

PPC가 이러한 조건을 이행하기 위해 변호사를 고용해야 하는 경우, 발생하는 모든 비용(합리적인 변호사 비용 포함)을 지불할 것임을 이해합니다.

지불 방식: 모든 서비스는 예약 전에 선불로 지불해야 합니다. 수표는 Progeny Psychiatric Clinic 명의로 작성하십시오. 편의를 위해 현금 또는 카드(신용/직불카드)로 결제할 수 있습니다. 카드로 결제할 경우 총 금액에 3%의 카드 처리 수수료가 추가됩니다. 영수증은 요청 시 예약 시작 시 제공됩니다.

신속한 결제: 30일 내 미결제 잔액은 “연체(PAST DUE)”로 간주됩니다. 60일 내 미결제 잔액은 채권 추심 기관으로 이관되거나 소액 청구 법원을 통해 추심될 수 있습니다. 전체 결제를 할 수 없는 경우, 청구 부서와 결제 계획을 설정하는 데 동의합니다(금액은 달라질 수 있음).

보험 청구: 보험사에서 적용되지 않는 모든 서비스 비용은 귀하가 지불해야 합니다.

반환 수표 수수료: 반환된 수표 수수료는 \$25입니다. 어떠한 이유로든 수표가 지급되지 않은 경우, 환자는 추가로 \$50를 지불해야 합니다.

치료 종료 권리: 귀하는 언제든지 치료를 종료할 권리가 있으며, 완료된 서비스 비용만 지불하면 됩니다.

초기

저희 전문 서비스/요금은 다음과 같습니다:

현금 요금:

전문 서비스	시간	의사(MD/DO) 요금	간호사/박사(NP/PhD) 요금	치료 요금 (어소시에이트, LCSW, LMFT, LPCC)
첫 방문	30-60분 45-60분 치료	\$400	\$300-350	\$195
후속 방문	15-30분 45-60분 치료	\$250	\$175-\$200	\$195
예약 미이행	노쇼 요금	\$50	\$50	\$100

법원 관련 서비스: (평가, 증언, 회의, 준비, 대기 및 이동 시간, 법적 목적으로 사용될 보고서 등 모든 법원 관련 서비스를 포함합니다)

전문 서비스	의사(MD/DO) 요금	간호사/박사(NP/PhD) 요금	치료 요금 (어소시에이트, LCSW, LMFT, LPCC)
비례 요금 반나절 최소 요금 법정 출석 또는 대기 상태에 해당. 사전 선지급금 필요.	\$800 (사례별 상이)	\$400 (사례별 상이)	\$400 (사례별 상이)
선지급금(FEE) 법정 출석 전 지불 필요	\$2000 (사례별 상이)	\$1000 (사례별 상이)	\$1000 (사례별 상이)

문서/양식 수수료:

A. 제공자 평가

제공자는 요청된 양식 또는 문서를 작성하는 데 필요한 복잡성 수준과 시간을 최종 결정합니다. 이 결정은 다음과 같은 여러 요인을 기반으로 합니다:

- 환자의 임상 기록
- 검토가 필요한 차트 범위
- 양식에서 요구하는 세부 사항 및 지원 문서 수준

B. 요금 결정

요금은 아래 표준화된 일정에 따라 설정되어 모든 환자에게 공정성과 투명성을 보장합니다. 제공자는 각 요청을 평가하고 추가 시간 또는 요금이 예상되는 경우 사전에 환자에게 통지합니다.

C. 환자 통보

환자는 양식 작업을 시작하기 전에 모든 적용 가능한 요금에 대해 안내받습니다. 요청이 표준 기본 요금보다 더 많은 시간이 소요될 것으로 예상되는 경우, 제공자는 이를 환자에게 전달하고 진행 전에 환자의 동의를 얻습니다.

D. 공정성과 형평성

모든 요금은 전국 및 캘리포니아의 정신과 및 1차 진료 평균과 일치합니다. Medi-Cal 환자의 경우, 부담 가능성과 형평성을 보장하기 위해 최대 본인 부담 상한이 적용됩니다.

E. 의료 기록 및 양식에 대한 표준화된 요금표

유형	설명	요금
기본 템플릿 편지	템플릿 편지, 학교 복귀 확인서, 출석 확인서, 진행 상황/진단/약물 간단 확인서	무료
표준 편지 및 양식	차트 검토가 필요한 서술형 편지 및/또는 양식	\$40*
장애 관련 양식	단기 및 장기 장애, SSA 양식, 변호사 또는 법원 요청 문서	\$60*
*추가 서비스 시간	_____ 15분 초과 시 15분마다	\$25
신속 처리 요청	72시간 내 필요 양식	\$20

Medi-Cal 동정 상한

요청당 최대 본인 부담액: \$100

저는 Progeny Psychiatric Clinic의 모든 정책과 절차를 읽고 이해하였으며 이를 준수할 것에 동의함을 증명합니다. 진료 정책을 준수하지 않을 경우 서비스 제공에 영향을 줄 수 있음을 인정합니다. 본인은 이러한 정책에 대한 동의 또는 준수 능력에 영향을 미칠 수 있는 변경 사항이 발생할 경우 Progeny Psychiatric Clinic에 통지할 것에 동의합니다.

환자/대리인 서명

날짜

카드 승인 (2023년부터 필수: CALOPTIMA/LA CARE 환자는 카드 불필요)

저는, _____, Progeny Psychiatric Clinic가 환자에게 제공된 추가 서비스에 대해 제 카드로 결제할 수 있도록 승인합니다. 이는 보험사에서 지불하지 않는 서비스 및 결제 조건과 미보장 서비스에 명시된 컨시어지 서비스에 해당합니다. 이 카드로 청구될 항목에는 진료 방문, 전화 상담, 서류 작업, 예약 취소 및 노쇼 등이 포함될 수 있습니다. 카드로 결제할 경우 총 금액에 3%의 카드 처리 수수료가 추가될 수 있습니다. 이러한 서비스에 대해 제 카드가 자동으로 청구되는 것을 이해하며, 카드 변경이 필요한 경우 방문 전에 병원에 연락하겠습니다.

카드 유형: (하나 선택)

신용카드

직불카드 □

카드 종류: (선택)

Visa

MasterCard

Discover

AMEX

카드 번호: _____ 만료일: _____

카드 보안 번호: _____

서명: _____

날짜: _____

HIPAA 개인정보 보호정책 수령 확인

아래 서명을 통해 본인은 HIPAA 개인정보 보호정책을 수령하였음을 확인합니다.

환자/대리인 서명

날짜