



## 远程医疗同意书

本人同意通过远程医疗接受医疗保健服务。本人明白：

- 本人有权通过面对面就诊或远程医疗获得 **Medi-Cal** 承保服务。
- 使用远程医疗是自愿的，本人可以随时撤销同意或停止通过远程医疗接受服务，而不会影响本人今后获得承保服务的能力。
- 当其他资源已合理用尽时，**Medi-Cal** 将承保前往实体诊所就诊的交通服务。

与当面就诊相比，通过远程医疗接受服务可能存在限制或风险。例如，技术故障、断线、隐私/安全受损等。

本人已仔细阅读本文档，了解通过远程医疗接受服务的潜在限制和风险，并且本人的问题已得到解答，解答结果令本人满意。

客户编号： \_\_\_\_\_

客户：（正楷签署） \_\_\_\_\_ （签名） \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

见证人：（正楷签署） \_\_\_\_\_ （签名） \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

家长/监护人/  
保护人：（正楷签署） \_\_\_\_\_ （签名） \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_