

Intake & Informed Consent — Cognitive Training Services

접수 및 사전동의서 — 인지 훈련 서비스

Boston Neuromind LLC · 866 Washington St, Canton, MA 02021

1. 참여자 정보 Participant Information

성명 Full name		생년월일 Date of birth	
성별 정체성 Gender identity 남성 Male ☐ 여성 Female ☐ 논바이너리 Non-binary ☐ 직접 기재 Self-describe: _____ 응답하지 않음 Prefer not to say ☐			
출생 시 지정 성별 (규준 비교용) Sex assigned at birth (for normative comparison only) 남 M ☐ 여 F ☐ 응답하지 않음 Prefer not to say ☐			
주손잡이 Handedness 왼손 Left ☐ 오른손 Right ☐ 양손 Both ☐		전화 Phone	
주소 Address		이메일 Email	
비상연락처 성명 Emergency contact name	관계 Relationship	비상연락처 전화 Emergency phone	
미성년자인 경우 — 부모/법정후견인 성명 If under 18 — Parent/Legal guardian name		후견인 전화 Guardian phone	

2. 건강 관련 이력 Relevant Health History

아래는 훈련 계획을 안전하게 세우기 위한 참고 정보입니다. 진단 목적이 아닙니다.

The following helps us plan training safely. It is not collected for diagnostic purposes.

발작·경련 이력 Seizure history 없음 No ☐ 있음 Yes ☐	두부 외상·뇌진탕 Head injury / concussion 없음 No ☐ 있음 Yes ☐	편두통·두통 Migraine / headache 없음 No ☐ 있음 Yes ☐
과거 상담·심리치료·뉴로피드백 경험 Prior counseling / therapy / neurofeedback 없음 No ☐ 있음 Yes ☐ — 시기·기관·기간 When / where / how long: _____		
현재 복용 중인 약물 (용량 포함) Current medications (incl. dosage)		
과거 복용 약물 (중단한 것 포함) Past medications (including discontinued)		
진단받은 질환 / 치료 중인 내용 (있는 경우) Diagnosed conditions / ongoing care (if any)		
주치의 / 담당 전문가 성명·연락처 Primary physician / treating professional		

3. 서비스의 성격 Nature of Services

Boston Neuromind (“BNM”)는 뉴로피드백·HRV·컴퓨터 기반 인지 훈련과 셀프체크 도구를 제공하는 교육·훈련 서비스입니다. 제공자는 뉴로피드백 국제자격(BCN)과 교육공학 박사 학위 보유자이며, 매사추세츠주 면허 의사·심리학자가 아닙니다. 본 서비스는 의료 행위, 심리치료, 또는 질환의 진단·치료가 아닙니다.

Boston Neuromind ("BNM") provides educational cognitive-training services (neurofeedback, HRV, computerized training, self-check tools). The provider holds Board Certification in Neurofeedback (BCN) and a doctorate in educational technology, and is not a licensed physician or psychologist in Massachusetts. Services are not medical care, psychotherapy, or the diagnosis or treatment of any condition.

본 서비스에 사용되는 절차와 프로그램은 FDA의 평가를 받지 않았습니다.

The procedures and programs used in this service have not been evaluated by the FDA.

이해했습니다. I understand. **이니셜 Initials:** _____

4. 훈련 방식 안내 How Training Works

뉴로피드백은 두피에 부착한 센서로 뇌파를 측정해 소리·화면으로 즉시 정보를 되돌려 주는 바이오피드백의 한 형태입니다. 센서는 측정만 하며 신체에 아무것도 주입하지 않습니다. 아동의 경우 게임 형태로 진행되기도 합니다.

Neurofeedback is a form of biofeedback: sensors on the scalp measure brainwave activity and the system returns that information as sound or visuals in real time. Sensors only measure; nothing enters the body. With children, sessions may take the form of games.

5. 결과 무보장 No Guarantee of Results

연구와 임상 경험상 많은 사람이 훈련에서 도움을 받지만, 개인별 개선은 보장되지 않으며 참여도와 꾸준함에 일부 좌우됩니다. 개선이 있더라도 훈련 중단 후 일부 약해질 수 있고, 이 경우 보강 세션이 도움이 될 수 있습니다.

Research and clinical experience report progress for many clients, but improvement in any individual case is not guaranteed and depends in part on participation and consistency. Gains may fade after training stops; booster sessions can help in that case.

이해했습니다. I understand. **이니셜 Initials:** _____

6. 변화 보고 · 진행 검토 Reporting Changes & Progress Review

훈련은 비침습적이며, 일시적 피로·가벼운 두통·과민함·수면 변화가 드물게 보고됩니다. 훈련 중이나 훈련 후, 특히 마지막 세션 후 1~5일 사이에 느낀 변화는 다음 방문 전에 알려 주십시오. 10~15 세션 후에는 진행 상황을 함께 공식 검토합니다.

Training is non-invasive; temporary fatigue, mild headache, irritability, or sleep changes are occasionally reported. Please report any change you notice during or after training — changes in the 1–5 days after a session are especially useful — before your next visit. We will formally review progress together after 10–15 sessions.

7. 약물 관련 안내 Medications

훈련으로 생기는 변화가 약물에 대한 반응에 영향을 줄 수 있습니다. 약물의 중단이나 변경은 반드시 처방 의사와 상의해서 결정하십시오. BNM은 약을 처방·조정하지 않습니다. 새로운 증상이 생기거나 증상이 달라지면 주치의 등 담당 전문가에게도 알려십시오.

Changes achieved through training may affect your response to medication. Never stop or change any medication except in consultation with your prescribing physician. BNM does not prescribe or adjust medication. If new symptoms appear or existing symptoms change, please inform your treating providers as well.

이해했습니다. I understand. **이니셜 Initials:** _____

8. 전문가 의뢰 Referral to Licensed Professionals

진단이 필요한 상태가 의심되면 그 내용을 논의하고 면허 의사·심리학자 상담을 권유하며, 논의를 기록으로 남깁니다.

If a condition requiring diagnosis is suspected, we will discuss it, recommend a licensed physician or psychologist, and document the discussion.

9. 응급 아님 Not Emergency Care

응급·위기 서비스가 아닙니다. 위기 시 988(정신건강 위기) 또는 911로 연락하십시오.

Not an emergency or crisis service. In a crisis call or text 988, or call 911.

10. 개인정보·데이터 보안 Privacy & Data Security

접수 정보·세션 기록·진행 측정치를 보관하며, 매사추세츠 201 CMR 17.00 에 부합하는 서면 정보보안 프로그램(WISP)에 따라 보호합니다. 개인정보를 판매하지 않으며, 법령상 요구 외에는 서면 승인 없이 제 3 자에게 제공하지 않습니다.

Intake information, session notes, and progress measures are kept and protected under a Written Information Security Program consistent with Massachusetts 201 CMR 17.00. We do not sell personal information and do not disclose it without written authorization except as required by law.

11. 요금·취소·환불 Fees, Cancellation & Refunds

요금: \$ _____ /세션·프로그램 · 취소는 최소 _____ 시간 전 통보, 그 이후 취소·미방문 시 \$ _____ 부과 · 선불 세션은 결제 후 _____ 개월 내 사용 · 건강보험 청구 없음.

Fee: \$ _____ per session/program · Cancel at least _____ hours in advance; later cancellations or missed appointments are charged \$ _____ · Prepaid sessions expire _____ months after payment · Not billed to health insurance.

12. 책임 범위 Limitation of Claims

본인은 위 내용을 이해하고 자발적으로 참여하며, 기대한 개선이 이루어지지 않았거나 증상이 일시적으로 달라졌다고 느끼는 점에 대해 BNM 에 손해배상을 청구하지 않기로 합니다. 이는 고의 또는 중대한 과실에 따른 책임까지 면제하는 것은 아닙니다.

I understand the above, participate voluntarily, and agree not to bring a claim for damages against BNM based on a perceived failure to improve or a perceived temporary change in symptoms. This does not waive liability for willful misconduct or gross negligence.

이해했습니다. I understand. 이니셜 Initials: _____

13. 자발적 참여 · 미성년자 동의 Voluntary Participation · Minors

참여는 자발적이며 언제든지 중단할 수 있습니다. 18 세 미만은 부모/법정후견인의 서명이 필요하고, 미성년자 본인의 참여 의사도 확인하며, 지속적 거부 시 진행하지 않습니다.

Participation is voluntary and may stop at any time. Clients under 18 require a parent/guardian signature; the minor's own assent is also sought, and services do not proceed over a sustained objection.

동의합니다. I agree. 이니셜 Initials: _____

14. 서명 Signatures

본 문서를 읽고 이해했으며 질문에 답을 받았습니다. 위 내용에 동의합니다.

I have read and understood this form and had my questions answered. I consent as described.

성명 Name: _____ 서명 Signature: _____ 날짜 Date: _____

참여자(18 세 이상) Participant (18+)

성명 Name: _____ 서명 Signature: _____ 날짜 Date: _____

부모/법정후견인(미성년자의 경우) Parent/Legal guardian (for minors)

성명 Name: _____ 서명 Signature: _____ 날짜 Date: _____

제공자 Provider

참고용 표준안 — 실사용 전 매사추세츠주 변호사 검토 권장. Template — attorney review recommended before use.