

说明：本同意书必须用于要在健康之家 (Health Home)^{*} 登记的 18 岁以下青少年或儿童，并且必须由青少年或儿童的父母、监护人或法定授权代表签字。在 Health Home 登记的法定授权代表的定义为：“由州、部落、军队或其他适用法律、法院指令或同意书所授权的人员或代理，他们代表 18 岁以下青少年或儿童做出医疗保健决定”。全部必要的当事人均须填写并签署适用于 18 岁以下青少年或儿童的 Health Home 同意书/信息共享表 (DOH 5201)。

***[请注意，如果 18 岁以下青少年或儿童已生育、怀孕和/或已婚，则表明他们具备签署同意书的能力，因此不应使用本表单。他们应使用 Health Home 患者信息共享同意书表格(DOH 5055)]。**

HEALTH HOME 名称

儿童正楷姓名

儿童出生日期

有人已向我解释，上文提及的青少年或儿童有资格进入 Health Home。

我已阅读并了解 Health Home 常见问题表。

为我解答有关 Health Home 计划的问题的人士为 _____。

HEALTH HOME 代表名称和职位

我理解什么是 Health Home 计划以及该计划是如何帮助该青少年或儿童的。我理解加入 Health Home 的意义以及该青少年或儿童的健康信息将被共享的原因。

签署本同意书，即表示我同意 _____

青少年或儿童姓名

加入 _____ Health Home。

HEALTH HOME 名称

我理解本同意书取代我之前可能已签署的其他 Health Home 登记表。

我了解，我可以随时改变主意并通过签署适用于 18 岁以下青少年或儿童的 Health Home 同意书/撤销 Health Home 登记和共享信息共享表格(DOH 5202)以收回该同意书。

我理解，如果我不签署本同意书，该青少年或儿童将不会被纳入 Health Home。

该青少年或儿童的父母、监护人或授权代表的正楷姓名

该青少年或儿童与其父母、监护人或授权代表的关系

该青少年或儿童的父母、监护人或授权代表的签名

日期