

Инструкции: данная форма должна использоваться для включения детей, не достигших 18-летнего возраста, в программу медицинского ухода (Health Home)* и должна быть подписана родителем, опекуном или законным представителем ребенка. В целях включения участника в программу Health Home термин «законный представитель» определяется следующим образом: «любое лицо или учреждение, уполномоченное по законодательству штата, племени, военному или другому применимому закону, постановлению суда или разрешению действовать от имени какого-либо лица при принятии решений о медицинском обслуживании». Форма «Согласие в рамках программы Health Home на передачу информации для использования в отношении детей, не достигших 18-летнего возраста» (DOH 5201) также должна быть заполнена и подписана всеми соответствующими сторонами.

*** [Обратите внимание на то, что дети, которые являются родителями, беременными и/или состоят в браке и которые иначе способны предоставить разрешение, не должны использовать данную форму. Вместо этого им необходимо использовать форму «Согласие на передачу информации пациента — участника программы Health Home» (DOH 5055)].**

НАИМЕНОВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ HEALTH HOME

ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

ДАТА РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА

Мне объяснили, что указанный выше ребенок имеет право на участие в программе Health Home.

Я прочитал (-а) и понимаю документ с часто задаваемыми вопросами о Health Home.
На все мои вопросы о программе Health Home
я получил ответы от _____

ИМЯ, ФАМИЛИЯ И ДОЛЖНОСТЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПРОГРАММЫ HEALTH HOME

Я понимаю смысл программы Health Home и то, как она может помочь данному ребенку. Я понимаю, что означает включение в программу Health Home и зачем будет передаваться медицинская информация этого ребенка.

Подписывая данную форму, я даю согласие на то, чтобы _____

ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА

был включен в программу _____

НАИМЕНОВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ПРОГРАММЫ HEALTH HOME

Health Home.

Я понимаю, что данная форма согласия заменяет собой любые другие формы об участии в программе Health Home, которые могли быть мною подписаны ранее.

Я знаю, что могу в любое время передумать и отозвать данное согласие, подписав форму «Отзыв согласия участника программы Health Home на включение в программу Health Home и передачу информации — форма для использования в отношении детей младше 18 лет» (DOH 5202).

Я понимаю, что, если я не подпишу данную форму, ребенок не будет включен в программу Health Home.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ РОДИТЕЛЯ, ОПЕКУНА ИЛИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
РЕБЕНКА ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

КЕМ РЕБЕНКУ ПРИХОДИТСЯ РОДИТЕЛЬ, ОПЕКУН ИЛИ ЗАКОННЫЙ
ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ, ОПЕКУНА ИЛИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РЕБЕНКА

ДАТА