

Health Home (健康家园) 同意书
信息共享
适用于未满 18 周岁的子女

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
 健康保险计划办公室 (Office of Health Insurance Programs)

说明: 本表必须用于已使用 *Health Home 同意书/登记/适用于未满 18 周岁的子女 (DOH 5200)** 加入 Health Home 的未满 18 周岁子女。本表概述了可以共享哪些健康信息以及可以与谁共享健康信息。本表第 1 节应由子女的父母、监护人或合法授权代表填写。共享健康信息的合法授权代表定义为“由州法、部落法、军事法或其他适用法、法院命令或同意书授权代表个人披露医疗信息的个人或机构”。本表第 2 节由子女和护理管理者单独填写。

***[请注意, 成为父母、已怀孕和/或已婚以及能够表示同意的子女不应使用本表。相反, 他们必须使用 *Health Home 患者信息共享同意书表 (DOH 5055)*。]**

HEALTH HOME 正楷名称

子女正楷姓名

子女出生日期

第 1 节:

适用于父母/监护人/合法授权代表的说明: 列出能够共享子女健康信息的所有子女健康提供者。他们共享的健康信息可以是您签署本表之前和之后的健康信息。这些提供者可以相互共享此等信息, 还可以与下列子女护理管理机构共享此等信息。除非您同意或法律许可, 否则他们不能将子女信息提供给其他人。子女可对与其同意的服务相关的任何信息保密, 包括计划生育和紧急事后避孕、堕胎、性传播感染检测和治疗、HIV 检测、产前护理、阵痛和分娩服务、药物和酒精治疗或者性侵犯服务。此等服务的提供者将在第 2 节列出。如果您是替子女同意接受这些服务, 则您可能有权同意披露与这些服务相关的信息, 并可在本节中列出提供者。注意: 子女可能还必须同意披露此等信息。

适用于护理管理者的说明: 本节由子女的父母、监护人或合法授权代表填写。本节将列出能够共享子女健康信息的所有健康提供者。在下文列出作为提供者的子女护理管理机构。此等提供者可共享除与子女同意之服务相关的任何信息 (包括计划生育和紧急事后避孕、堕胎、性传播感染检测和治疗、HIV 检测、产前护理、阵痛和分娩服务、药物和酒精治疗或者性侵犯服务) 以外的所有健康信息。如果父母、监护人或合法授权代表代表子女同意堕胎、性传播感染检测和治疗, 或者药物和酒精治疗, 则只有在子女也同意第 2 节中的信息披露时, 才可以披露信息。需要时, 可复印本页, 以便能够列出所有商定的提供者。如果将来需要更新本列表 (添加或删除名称), 请要求父母/监护人/合法授权代表在每个新条目或省略部分旁边用姓名的首字母签名并注明日期。

适用于参与提供者的说明: 如果第 1 节列出了您的姓名或机构, 则您可以共享除与子女同意之服务相关的任何信息 (包括计划生育和紧急事后避孕、堕胎、性传播感染检测和治疗、HIV 检测、产前护理、阵痛和分娩服务、药物和酒精治疗或者性侵犯服务) 以外的健康信息。只有在本表第 2 节允许您披露此等信息时, 您才可以进行披露。如果父母、监护人或合法授权代表代表子女同意堕胎、性传播感染检测和治疗, 或者药物和酒精治疗, 则只有在子女也同意第 2 节中的信息披露时, 才可以披露信息。

父母/监护人/合法授权代表的姓名首字母签名
 (只有变更下列提供者列表时, 才会用姓名首字母签名) 日期

	父母/监护人/合法授权代表的姓名首字母签名 (只有变更下列提供者列表时, 才会用姓名首字母签名)	日期
护理管理机构		
提供者名称		
提供者名称		
提供者名称		
提供者名称		
提供者名称		
提供者名称		
提供者名称		
提供者名称		
提供者名称		
提供者名称		
提供者名称		
提供者名称		

如果签署本表，则表示本人同意：

1. 上述子女已加入上述 Health Home，
2. 本人已经为上述子女签署针对上述 Health Home 的同意登记表，
3. 本人已经获得查看 Health Home 常见问题表的机会，并回答了本人的问题，
4. 如以上说明中所述，Health Home 和本人在本表第 1 节中所指定的任何人均可相互共享 _____ 子女姓名
健康信息。他们可以共享本人签署本表之前和之后的信息，并且
5. 子女的 Health Home 和 Managed Care Plan（管理式医疗计划）可以与列为提供者的上述机构共享信息并相互共享信息（如果适用的话）。

本人可以随时变更本表。如果本人做出变更，本人必须在这些变更的旁边用姓名首字母签名并注明日期。如果将信息划掉，则表示本人撤销共享本人先前允许共享的健康信息的许可。

本人理解，本同意书取代本人先前可能已经代表子女签署的其他 Health Home 信息共享同意书。本同意书将一直适用，直到发生以下情况时为止：

- 本人撤销本同意书，或者
- 子女不再符合加入 Health Home 的资格。

本人始终可以通过签署 Health Home 同意/Health Home 登记和信息共享撤销/适用于未满 18 周岁的子女表 (DOH 5202)，来代表子女撤销本同意书。

如果本人不签署本同意书，则表示本人了解子女的信息将不会被共享。

子女的父母、监护人或合法授权代表正楷姓名

父母、监护人或合法授权代表与子女的关系

子女的父母、监护人或合法授权代表签名

日期

第 2 节:

适用于护理管理者的说明: 本表第 2 节应由子女填写。本表应私下填写, 无需子女的父母、监护人或合法授权代表在场, 以实现信息的保密。本表第 2 节应在所有必要当事人填写和签署第 1 节之后填写。

本人, _____ 子女姓名 理解, 本人可以同意某些类型的医疗服务, 而不必告知本人的父母、监护人或合法授权代表。

此外, 本人还可以决定允许谁共享与此等服务相关的信息。对于下述服务 (本人过去曾经享受过), 本人将用姓名首字母签名, 以允许下列提供者共享与该护理相关的信息。

服务类型及提供者和/或机构的名称	可以与下述的本人的父母、监护人或合法授权代表共享这些服务的相关信息。		
	是	否	父母、监护人或合法授权代表的姓名
计划生育提供者:			
紧急事后避孕提供者:			
堕胎提供者:			
性传播感染检测和治疗提供者:			
HIV 检测提供者:			
产前护理、阵痛/分娩提供者:			
药物和酒精治疗提供者:			
性侵犯服务提供者:			

如果您正在接受心理健康服务且已年满十二周岁, 则您的提供者可询问您是否愿意披露您的信息。如果您反对, 您的提供者可以: 完全拒绝请求, 仅发送部分记录, 或者发送您的病历摘要。

服务类型及提供者和/或机构的名称	可以与下述的本人的父母、监护人或合法授权代表共享这些服务的相关信息。		
	是	否	父母、监护人或合法授权代表的姓名
心理健康服务:			

服务类型及提供者 ^{和/或} 机构的名称	可以与下列提供者共享这些服务的相关信息。		
	是	否	提供者名称
计划生育提供者:			
紧急事后避孕提供者:			
堕胎提供者:			
性传播感染检测和治疗提供者:			
HIV 检测提供者:			
产前护理、阵痛/分娩提供者:			
药物和酒精治疗提供者:			
性侵犯服务提供者:			

如果您正在接受心理健康服务且已年满十二周岁，则您的提供者可询问您是否愿意披露您的信息。如果您反对，您的提供者可以：完全拒绝请求，仅发送部分记录，或者发送您的病历摘要。

服务类型及提供者 ^{和/或} 机构的名称	可以与下列提供者共享这些服务的相关信息。		
	是	否	提供者名称
心理健康服务:			

如果签署本表，则表示本人同意：

1. 本人已经获得查看 **Health Home** 常见问题表的机会，并且本人的问题已得到答案，并且
2. **Health Home** 和本人在本表第 2 节中指定的任何人都可以共享本人的上述健康信息。他们可以共享本人签署本表之前和之后的信息。

本人可以随时变更本表。如果本人做出变更，本人必须在这些变更的旁边用姓名首字母签名并注明日期。如果将信息划掉，则表示本人撤销共享本人先前允许的健康信息的许可。

本人理解，本同意书取代本人先前可能已签署的其他 **Health Home** 信息共享同意书。本同意书将一直适用，直到发生以下情况时为止：

- 本人撤销本同意书，
- 本人不再符合加入 **Health Home** 的资格，或者
- 本人的父母、监护人或合法授权代表签署 **Health Home 同意/Health Home 登记和信息共享撤销/适用于未满 18 周岁的子女表 (DOH 5202)**。

子女正楷姓名

子女出生日期

子女签名

日期

如果勾选此方框，则表示本人撤销对第 2 节中所列的共享本人健康信息的同意。

子女正楷姓名

子女出生日期

子女签名

日期