

안내: 이 양식은 만 18 세 미만의 아동을 대상으로 *Health Home 동의서/신청서/18 세 미만 전용 양식(DOH 5200)**을 사용하여 Health Home 에 등록된 자에게 사용해야 합니다. 이 양식은 건강 정보에 대하여 무엇을 누구와 함께 공유할 수 있는지를 설명합니다. 이 양식의 섹션 1 은 자녀의 부모, 보호자 또는 법적 대리인이 작성해야 합니다. 법적 대리인은 정보 공유를 목적으로 "진료 결정을 내리기 위해 환자 본인을 대신하여 주, 부족, 군부대 또는 기타 관련 법령, 법원 명령으로부터 권한을 위임 받거나 의료 정보 공개 활동을 하도록 동의를 받은 자 또는 단체"를 말합니다. 이 양식의 섹션 2 는 care manager(케어 매니저)가 있는 자녀가 따로 작성하는 란입니다.

***[부모, 임신부 및/또는 결혼을 한 아동 및 그 밖에 동의할 능력이 있는 아동이 이 양식을 작성해서는 안 됩니다. 이 경우에는 Health Home 보호자 정보 공유 동의서 양식(DOH 5055)을 사용해야 합니다].**

HEALTH HOME 이름 _____

자녀 이름 _____

자녀 생년월일 _____

섹션 1:

부모/보호자/법적 대리인에 대한 지침: 자녀의 health information(건강 정보)를 공유할 수 있는 모든 의료제공자를 열거하십시오. 이들이 공유하는 건강 정보는 귀하가 이 양식에 서명한 날짜 전후의 정보일 수 있습니다. 이 의료제공자들은 이 정보를 서로 공유하거나 아래에 열거된 자녀의 care management agency(진료 기관)과 공유할 수 있습니다. 본인이 동의하지 않거나 법이 허용하지 않으면 타인에게 자녀의 정보를 함부로 제공할 수 없습니다. 자녀는 가족 계획 및 응급 피임, 낙태, 성병 감염 검사 및 치료, HIV 검사, 산전 관리, 분만 및 해산 서비스, 약물 및 알코올 중독 치료 또는 성폭력 등 자녀가 동의한 서비스에 관하여 모든 정보를 비공개로 유지할 수 있습니다. 이 의료 서비스 제공자는 섹션 2 에 열거되어 있습니다. 이 서비스에 동의한 당사자는 이 서비스에 관한 정보 공개에 동의할 권리를 가질 수 있으며 이 섹션에 해당 의료제공자를 기재할 수 있습니다. 주: 자녀도 이 정보의 공개에 동의해야 할 수도 있습니다.

케어 매니저에 대한 지침: 이 섹션은 자녀의 부모, 보호자 또는 법적 대리인이 작성합니다. 여기에는 자녀의 건강 정보를 공유할 수 있는 모든 의료제공자들이 열거되어 있습니다. 자녀의 진료 기관을 아래의 의료제공자로 기재하십시오. 이 의료제공자는 가족 계획 및 응급 피임, 낙태, 성병 감염 검사 및 치료, HIV 검사, 산전 관리, 분만 및 해산 서비스, 약물 및 알코올 중독 치료 또는 성폭력 등 자녀가 동의한 서비스에 대한 모든 정보를 제외 한 나머지 모든 건강 정보를 공유할 수 있습니다. 부모, 보호자 또는 법적 대리인이 자녀를 대신하여 낙태, 성병 감염 검사 및 치료 또는 약물 및 알코올 중독 치료에 동의한 경우 해당 정보는 자녀가 섹션 2 에 대한 공개에도 동의할 경우에만 공개할 수 있습니다. 동의한 모든 의료제공자를 열거하려면 필요에 따라 이 페이지를 복사하십시오. 나중에 이 목록을 업데이트해야 할 경우(이름 추가 또는 제거 시) 추가되었거나 삭제된 항목마다 바로 그 옆에 부모/보호자/법적 대리인의 이니셜과 날짜를 기입하도록 하십시오.

참여 의료제공자에 대한 지침: 섹션 1 에 해당 이름 또는 기관이 기재되어 있으면 이 의료제공자는 가족 계획 및 응급 피임, 낙태, 성병 감염 검사 및 치료, HIV 검사, 산전 관리, 분만 및 해산 서비스, 약물 및 알코올 중독 치료 또는 성폭력 등 자녀가 동의한 서비스에 대한 모든 정보를 제외 한 나머지 모든 자녀의 건강 정보를 공유할 수 있습니다. 이 정보는 이 양식의 섹션 2 에서 허가를 받은 경우에만 공개할 수 있습니다. 부모, 보호자 또는 법적 대리인이 자녀를 대신하여 낙태, 성병 감염 검사 및 치료 또는 약물 및 알코올 중독 치료에 동의한 경우 해당 정보는 자녀가 섹션 2 에서의 공개에도 동의할 경우에만 공개할 수 있습니다.

부모/보호자/법적 대리인 이니셜
 (아래의 의료제공자 명단에 변경이 있을 경우에만 해당됨)

날짜

| 진료 기관 | _____ | _____ |
|----------|-------|-------|
| 의료제공자 이름 | _____ | _____ |
| 의료제공자 이름 | _____ | _____ |
| 의료제공자 이름 | _____ | _____ |
| 의료제공자 이름 | _____ | _____ |
| 의료제공자 이름 | _____ | _____ |
| 의료제공자 이름 | _____ | _____ |
| 의료제공자 이름 | _____ | _____ |
| 의료제공자 이름 | _____ | _____ |
| 의료제공자 이름 | _____ | _____ |
| 의료제공자 이름 | _____ | _____ |

이 양식에 서명함으로써 본인은 다음에 동의합니다.

1. 위에 열거된 자녀가 상기 열거된 **Health Home**에 등록되었고,
2. 본인은 상기 열거된 자녀에 대하여 위의 **Health Home**과 함께 등록 양식에 대한 동의서에 서명했으며,
3. 본인에게 **Health Home FAQ** 내용을 검토할 기회가 있었고 궁금한 사항에 대한 답변을 들었습니다.

4. **Health Home**과 이 양식의 섹션 1에 이름이 기재된 의료제공자 누구나
상기 지침에 기술된 건강 정보를 서로 공유할 수 있습니다. 또한, 이 양식에 서명한 _____ 자녀 이름
날짜 전후의 정보를 공유할 수 있으며
5. 자녀의 **Health Home** 및 **Managed Care Plan**(관리형 건강보험)은 해당될 경우 상기 열거된 의료제공자와 함께 서로 정보를 공유할 수 있습니다.

이 양식은 언제든지 변경할 수 있습니다. 변경 후에는 변경 사항 옆에 당사자의 이니셜과 날짜를 표시해야 합니다. 정보를 공개함으로써 본인은 전에 허용했던 건강 정보를 공유하는 권한을 위임하는 것입니다.

본인은 본 동의서 양식이 자녀를 대신하여 전에 서명했던 다른 **Health Home** 정보 공유 동의서 양식을 대체한다는 사실을 이해합니다. 이 동의서는 다음 시점까지 그대로 유지됩니다.

- 본인이 해당 동의서를 철회할 경우 또는
- 자녀의 **Health Home** 자격이 소멸될 경우.

본인은 **Health Home** 등록 및 정보 공유/18세 미만 전용 양식(DOH 5202)의 **Health Home** 동의/철회서에 서명함으로써 자녀 대신 언제든지 이 동의를 철회할 수 있습니다.

이 동의서에 서명하지 않으면 자녀의 정보가 공유되지 않는다는 것을 이해합니다.

자녀의 부모, 보호자 또는 법적 대리인 이름

자녀와 부모, 보호자 또는 법적 대리인의 관계

자녀의 부모, 보호자 또는 법적 대리인 서명

날짜

자녀와 함께 있을 때만 작성할 것

섹션 2:

케어 매니저에 대한 지침: 이 양식의 섹션 2는 자녀가 작성해야 합니다. 이 양식을 작성하는 것은 정보의 기밀 유지를 위해 자녀의 부모, 보호자 또는 법적 대리인 없이 비공개로 이뤄져야 합니다. 이 양식의 섹션 2는 섹션 1을 작성하고 필요한 모든 당사자가 서명한 후에 완료되어야 합니다.

본인 _____ 은 부모, 보호자 또는 법적 대리인 없이 특정 유형의 의료 서비스에 동의할 수 있다는 사실을 이해합니다.
자녀 이름

또한 이 의료 서비스에 대한 정보를 누가 공유할 수 있는지도 결정할 수 있습니다. 아래의 서비스(과거에 있었을 수도 있음)에 대하여 본인은 다음 의료제공자에게 해당 진료와 관련된 정보를 공유할 수 있도록 허락합니다.

| 의료제공자 및/또는 의료기관의 서비스 유형 및 이름 | 이 서비스에 대한 정보를 본인의 부모, 보호자 또는 아래 기재된 법적 대리인과 함께 공유해도 무방합니다. | | |
|------------------------------|--|-----|-----------------------|
| | 예 | 아니오 | 부모, 보호자 또는 법적 대리인의 이름 |
| 가족 계획 전문의: | | | |
| 응급 피임 전문의: | | | |
| 낙태 전문의: | | | |
| 성병 감염 검사 및 치료 전문의: | | | |
| HIV 검사 전문의: | | | |
| 산전 관리, 분만/해산 전문의: | | | |
| 약물 및 알콜 중독 치료 전문의: | | | |
| 성폭력 예방 서비스 전문의: | | | |

정신 건강 치료를 받고 있으며 12세 이상인 환자는 담당 의료제공자가 환자 본인의 정보를 공개하라고 요구할 수 있습니다. 이 요구를 거부할 경우 담당 의료제공자는 해당 요청을 완전히 거부하거나 진료 기록의 일부만 보내거나 임상 기록 요약을 보낼 수 있습니다.

| 의료제공자 및/또는 의료기관의 서비스 유형 및 이름 | 이 서비스에 대한 정보를 본인의 부모, 보호자 또는 아래 기재된 법적 대리인과 함께 공유해도 무방합니다. | | |
|------------------------------|--|-----|-----------------------|
| | 예 | 아니오 | 부모, 보호자 또는 법적 대리인의 이름 |
| 정신 건강 치료: | | | |

| 의료제공자 및/또는 의료기관의 서비스 유형 및 이름 | 이러한 서비스에 대한 정보를 아래 기재된 의료제공자 와 공유해도 무방합니다. | | |
|------------------------------|---|-----|----------|
| | 예 | 아니요 | 의료제공자 이름 |
| 가족 계획 전문의: | | | |
| 응급 피임 전문의: | | | |
| 낙태 전문의: | | | |
| 성병 감염 검사 및 치료 전문의: | | | |
| HIV 검사 전문의: | | | |
| 산전 관리, 분만/해산 전문의: | | | |
| 약물 및 알콜 중독 치료 전문의: | | | |
| 성폭력 예방 서비스 전문의: | | | |

정신 건강 치료를 받고 있으며 12 세 이상인 환자는 담당 의료제공자가 환자 본인의 정보를 공개하라고 요구할 수 있습니다. 이 요구를 거부할 경우 담당 의료제공자는 해당 요청을 완전히 거부하거나 진료 기록의 일부만 보내거나 임상 기록 요약을 보낼 수 있습니다.

| 의료제공자 및/또는 의료기관의 서비스 유형 및 이름 | 이러한 서비스에 대한 정보를 아래 기재된 의료제공자 와 공유해도 무방합니다. | | |
|------------------------------|---|-----|----------|
| | 예 | 아니요 | 의료제공자 이름 |
| 정신 건강 치료: | | | |

이 양식에 서명함으로써 본인은 다음에 동의합니다.

1. 본인에게 **Health Home FAQ** 내용을 검토할 기회가 있었고 궁금한 사항에 대한 답변을 들었으며,
2. **Health Home** 과 이 양식의 섹션 2 에 이름이 기재된 의료제공자 누구나 상기 열거된 본인의 건강 정보를 공유할 수 있습니다. 또한, 이 양식에 서명한 날짜 전후의 정보를 공유할 수 있습니다.

이 양식은 언제든지 변경할 수 있습니다. 변경 후에는 변경 사항 옆에 당사자의 이니셜과 날짜를 표시해야 합니다. 정보를 공개함으로써 본인은 전에 허용했던 건강 정보를 공유하는 권한을 위임하는 것입니다.

본인은 본 동의서 양식이 전에 서명했던 다른 **Health Home** 정보 공유 동의서 양식을 대체한다는 사실을 이해합니다. 이 동의서는 다음 시점까지 그대로 유지됩니다.

- 본인이 해당 동의서를 철회할 경우,
- 본인의 **Health Home** 자격이 소멸될 경우 또는
- 본인의 부모, 보호자 또는 법적 대리인이 **Health Home** 등록 및 정보 공유/18 세 미만 전용 양식(DOH 5202)의 **Health Home** 동의/철회서에 서명한 경우.

자녀 이름 _____ 자녀 생년월일 _____

자녀 서명 _____ 날짜 _____
 이 확인란을 선택함으로써 섹션 2 에 열거된 건강 정보를 공유하는 데 대한 동의를 철회합니다.

자녀 이름 정자 _____ 자녀 생년월일 _____

자녀 서명 _____ 날짜 _____