

# Согласие в рамках программы Health Home

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH  
Office of Health Insurance Programs  
(Управление программ медицинского страхования)

## Передача информации

### Для использования в отношении детей младше 18 лет

**Инструкции.** Данную форму необходимо использовать в отношении детей до 18 лет, включенных в программу Health Home путем заполнения формы «Согласие на включение участника в программу Health Home в отношении детей младше 18 лет» (DOH 5200)\*. В данной форме указано, какую информацию о состоянии здоровья ребенка можно передавать и кому ее можно передавать. Раздел 1 данной формы должен заполнять родитель ребенка, его опекун или законный представитель. Термин «законный представитель» в контексте передачи информации о состоянии здоровья означает любое лицо или учреждение, уполномоченное законодательством штата, племени, военным или другим применимым законом, постановлением суда или разрешением действовать от имени какого-либо лица с целью раскрытия медицинской информации. Раздел 2 данной формы должен самостоятельно заполнять ребенок при содействии менеджера по медицинскому обслуживанию.

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

НАИМЕНОВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ПРОГРАММЫ HEALTH HOME ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

ДАТА РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА

### Раздел 1

**Инструкции для родителя / опекуна / законного представителя.** Перечислите всех, кто предоставляет ребенку медицинские услуги и может передавать информацию о состоянии его здоровья. Передаваемая медицинская информация может быть датирована как до, так и после подписания этой формы. Указанные поставщики услуг могут передавать эту информацию друг другу и ответственному за ребенка управляющему агентству, указанному ниже. Они имеют право передавать информацию о ребенке третьим лицам только с вашего согласия либо в случае, если это разрешено законом. Ребенок имеет право держать в тайне любую информацию об услугах, на получение которых он (-а) дал (-а) согласие, в том числе об услугах по планированию семьи, экстренной контрацепции, аборт, анализах на выявление инфекций, передающихся половым путем, и лечении этих инфекций, анализах на ВИЧ, наблюдении беременности, услугах, связанных с родами, лечении от алкогольной и наркотической зависимости или услугах для лиц, переживших сексуальное насилие. Поставщики этих услуг перечислены в разделе 2. Если вы дали согласие на эти услуги за ребенка, вы можете обладать полномочиями предоставлять согласие на раскрытие информации, касающейся данных услуг, а также правом указать их поставщиков в данном разделе. Примечание: возможно, ребенку также необходимо будет дать согласие на раскрытие данной информации.

**Инструкции для менеджера по медицинскому обслуживанию.** Данный раздел должен заполнять родитель ребенка, его опекун или законный представитель. Он содержит полный список поставщиков медицинских услуг, которые могут передавать информацию о состоянии здоровья ребенка. Укажите ниже ответственное за ребенка управляющее агентство в качестве поставщика услуг. Такие поставщики могут передавать любую информацию о состоянии здоровья, **кроме** информации об услугах, на получение которых дал согласие ребенок, в том числе об услугах по планированию семьи, экстренной контрацепции, аборт, анализах на выявление инфекций, передающихся половым путем, и лечении этих инфекций, анализах на ВИЧ, наблюдении беременности, услугах, связанных с родами, лечении от алкогольной и наркотической зависимости или услугах для лиц, переживших сексуальное насилие. Если родитель ребенка, его опекун или законный представитель дал согласие на аборт, проведение анализов на выявление инфекций, передающихся половым путем, и лечение этих инфекций или лечение от алкогольной и наркотической зависимости от имени ребенка, информацию разрешено раскрывать, только если ребенок также даст свое согласие на ее раскрытие в разделе 2. При необходимости сделайте копию этой страницы, чтобы перечислить всех поставщиков, на которых распространяется согласие. Если в этот список будет необходимо внести изменения (добавить или удалить наименование), каждое такое изменение (как добавление в список, так и исключение из него) должно быть зафиксировано родителем, опекуном или законным представителем ребенка путем проставления рядом с ним инициалов и даты.

**Инструкции для участвующего в программе поставщика услуг.** Если ваше имя или наименование вашего агентства указано в разделе 1, вы можете раскрывать любую информацию о состоянии здоровья ребенка, **кроме** информации об услугах, на получение которых дал согласие ребенок, в том числе об услугах по планированию семьи, экстренной контрацепции, аборт, анализах на выявление инфекций, передающихся половым путем, и лечении этих инфекций, анализах на ВИЧ, наблюдении беременности, услугах, связанных с родами, лечении от алкогольной и наркотической зависимости или услугах для лиц, переживших сексуальное насилие. Перечисленную информацию вы можете раскрывать, только если вам разрешено делать это в соответствии с разделом 2 данной формы. Если родитель ребенка, его опекун или законный представитель дал согласие на аборт, проведение анализов на выявление инфекций, передающихся половым путем, и лечение этих инфекций или лечение от алкогольной и наркотической зависимости от имени ребенка, информацию разрешено раскрывать, только если ребенок также даст свое согласие на ее раскрытие в разделе 2.

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ / ОПЕКУНА / ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ  
(ПРИ ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРИВЕДЕННЫЙ НИЖЕ СПИСОК ПОСТАВЩИКОВ  
УСЛУГ УКАЗЫВАЮТСЯ ТОЛЬКО ИНИЦИАЛЫ)

ДАТА

УПРАВЛЯЮЩЕЕ АГЕНТСТВО

НАЗВАНИЕ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ

НАЗВАНИЕ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ

НАЗВАНИЕ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ

НАЗВАНИЕ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ

НАЗВАНИЕ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ

НАЗВАНИЕ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ

НАЗВАНИЕ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ

НАЗВАНИЕ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ

НАЗВАНИЕ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ

Подписывая данную форму, я соглашаюсь с тем, что

1. Упомянутый выше ребенок включен в программу Health Home, указанную выше.
2. Я подписываю согласие на заполнение указанной выше регистрационной формы программы Health Home за ребенка, упомянутого выше.
3. Мне дали возможность просмотреть список ответов на наиболее часто задаваемые о программе Health Home вопросы, я также получил (-а) ответы на заданные мной вопросы.
4. Представители Health Home и все перечисленные мной в разделе 1 данной формы лица могут передавать друг другу информацию о состоянии здоровья в соответствии с изложенными выше инструкциями. Они могут передавать информацию, датированную как до, так и после подписания данной формы. \_\_\_\_\_  
ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА
5. Представители программы Health Home, а также, если применимо, Managed Care Plan (плана управляемого медицинского обслуживания) могут передавать информацию друг другу и перечисленным выше поставщикам услуг.

Я могу внести изменения в эту форму в любое время. Если я буду вносить изменения, то должен (-на) буду проставить рядом с каждым из них свои инициалы и дату. Если я вычеркну информацию, я тем самым отзываю свое согласие на передачу информации о состоянии здоровья, которое я дал (-а) ранее.

Я понимаю, что настоящая форма согласия заменяет собой все другие формы согласия на передачу информации в рамках программы Health Home, подписанные мною ранее от имени ребенка. Данное согласие имеет силу до тех пор, пока

- я не отзываю его
- или ребенок не перестанет соответствовать критериям участия в программе Health Home.

Я могу в любое время отозвать данное согласие от имени ребенка, 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 не подпишу данную форму согласия, информация о состоянии здоровья ребенка никому не будет передана.**

\_\_\_\_\_  
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

**ЗАПОЛНЯТЬ ТОЛЬКО СОВМЕСТНО С РЕБЕНКОМ**

**Раздел 2**

**Инструкции для менеджера по медицинскому обслуживанию.** Раздел 2 данной формы должен заполняться ребенком. Заполнение данной формы должно происходить в обстановке конфиденциальности, при нем не может присутствовать родитель, опекун или законный представитель ребенка. Раздел 2 данной формы должен быть заполнен после того, как раздел 1 заполнен и подписан всеми надлежащими сторонами.

Я \_\_\_\_\_ ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА осознаю, что могу дать согласие на некоторые медицинские услуги, не сообщив об этом

своему родителю, опекуну или законному представителю. Я также могу принимать решение о том, кому будет разрешено передавать информацию об этих услугах. В отношении указанных ниже услуг (которые я мог (-ла) получать в прошлом) я ставлю свои инициалы, давая тем самым поставщику этих услуг разрешение передавать информацию о них.

Виды услуг и название (-я) поставщика услуг и/или агентства	Я разрешаю передавать информацию об этих услугах моему <b>родителю, опекуну или законному представителю, указанному ниже.</b>		
	Да	Нет	Имя родителя, опекуна или законного представителя
Поставщик (-и) услуг по планированию семьи			
Поставщик (-и) услуг экстренной контрацепции			
Поставщик (-и) услуг по проведению абортов			
Поставщик (-и) услуг по проведению анализов на выявление инфекций, передающихся половым путем, и лечения этих инфекций			
Поставщик (-и) услуг по проведению анализов на ВИЧ			
Поставщик (-и) услуг по наблюдению беременности и услуг, связанных с родами			
Поставщик (-и) услуг по лечению от алкогольной и наркотической зависимости			
Поставщик (-и) услуг для лиц, переживших сексуальное насилие			

Если вы получаете услуги психиатрической помощи и вам больше двенадцати лет, поставщик этих услуг может спросить вас о том, хотите ли вы раскрыть данную информацию. Если вы возражаете против этого, поставщик данных услуг может полностью отклонить запрос на предоставление информации, передать только часть записей или краткое изложение истории вашей болезни.

Виды услуг и название (-я) поставщика услуг и/или агентства	Я разрешаю передавать информацию об этих услугах моему <b>родителю, опекуну или законному представителю, указанному ниже.</b>		
	Да	Нет	Имя родителя, опекуна или законного представителя
Психиатрическая помощь			

Виды услуг и название (-я) поставщика услуг и/или агентства	Я разрешаю передавать информацию об этих услугах указанным ниже поставщикам услуг.		
	Да	Нет	Название поставщика услуг
Поставщик (-и) услуг по планированию семьи			
Поставщик (-и) услуг экстренной контрацепции			
Поставщик (-и) услуг по проведению абортов			
Поставщик (-и) услуг по проведению анализов на выявление инфекций, передающихся половым путем, и лечения этих инфекций			
Поставщик (-и) услуг по проведению анализов на ВИЧ			
Поставщик (-и) услуг по наблюдению беременности и услуг, связанных с родами			
Поставщик (-и) услуг по лечению от алкогольной и наркотической зависимости			
Поставщик (-и) услуг для лиц, переживших сексуальное насилие			

Если вы получаете услуги психиатрической помощи и вам больше двенадцати лет, поставщик этих услуг может спросить вас о том, хотите ли вы раскрыть данную информацию. Если вы возражаете против этого, поставщик данных услуг может полностью отклонить запрос на предоставление информации, передать только часть записей или краткое изложение истории вашей болезни.

Виды услуг и название (-я) поставщика услуг и/или агентства	Я разрешаю передавать информацию об этих услугах указанным ниже поставщикам услуг.		
	Да	Нет	Название поставщика услуг
Психиатрическая помощь			

Подписывая данную форму, я соглашаюсь с тем, что

1. Мне дали возможность просмотреть список ответов на наиболее часто задаваемые о программе Health Home вопросы, я также получил (-а) ответы на заданные мной вопросы.
2. Представители программы Health Home, а также любые лица, указанные мной в разделе 2 данной формы, имеют право передавать информацию о состоянии моего здоровья так, как указано выше. Они могут передавать информацию, датированную как до, так и после подписания данной формы.

Я могу внести изменения в эту форму в любое время. Если я буду вносить изменения, то должен (-на) буду проставить рядом с каждым из них свои инициалы и дату. Если я вычеркну информацию, я тем самым отзываю свое согласие на передачу информации о состоянии здоровья, которое я дал (-а) ранее.

Я понимаю, что настоящая форма согласия заменяет собой все другие формы согласия на передачу информации в рамках программы Health Home, подписанные мною ранее. Данное согласие имеет силу до тех пор, пока

- я не отзываю его,
- не перестану соответствовать критериям участия в программе Health Home
- или мой родитель, опекун или законный представитель не подпишет 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).

ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

ДАТА РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА

ПОДПИСЬ РЕБЕНКА

ДАТА

Поставив отметку в данном поле, я отзываю свое согласие на передачу информации о моем здоровье, перечисленной в разделе 2.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

ДАТА РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА

ПОДПИСЬ РЕБЕНКА

ДАТА