

Health Home(헬스 홈) 제공기관 이름 _____

본 동의서에 서명함으로써 귀하는 _____ Health Home(헬스 홈)에 가입할 것에 동의합니다. Health Home에 가입하려면, 건강관리 제공자 및 귀하의 건강관리에 관련된 다른 관련자들이 귀하의 건강관리에 대해 서로 상의하고 귀하에게 더 나은 건강관리 서비스를 제공할 수 있도록 귀하의 건강정보를 공유할 수 있어야 합니다. Health Home에 가입하시면 귀하에게 필요한 건강관리를 제공받으실 수 있으며 비록 이 동의서에 서명하지 않거나 Health Home 가입을 원하지 않는 경우에도 건강관리 및 건강 보험을 여전히 이용하실 수 있습니다.

Health Home은 이 양식의 말미에 명시된 협력기관과/또는 _____, Regional Health Information Organization(지역 건강 정보기관, RHIO)이 운영하는 컴퓨터 시스템 및/또는 New York State Office of Mental Health(뉴욕 정신 건강국)가 운영하는 PSYCKES라는 컴퓨터 시스템을 통해 다른 출처로부터 귀하의 건강정보를 수집할 수 있습니다. RHIO는 컴퓨터 시스템을 사용하여 의료기록을 포함한 귀하의 건강정보를 주치의나 RHIO에 가입한 건강관리 제공자로부터 수집하고 저장합니다. RHIO는 귀하께서 귀하의 건강정보를 열람하거나 수집할 수 있다고 승인한 사람들과만 귀하의 건강정보를 공유할 수 있습니다. PSYCKES는 컴퓨터 시스템을 사용하여 귀하의 건강치료 정보를 주치의와 Medicaid 프로그램에 가입한 건강관리 제공자로부터 수집하고 저장합니다.

본 동의서에 동의하고 서명하시면 동의서에 명시된 Health Home 및 협력기관들은 환자에게 보다 우수한 건강관리 서비스를 제공하기 위해 환자 치료, 치료 관리 또는 치료 연구에 필요한 귀하의 모든 건강정보(Health Home이 RHIO 및/또는 PSYCKES로부터 받은 전체 건강정보 포함)를 서로 수집, 열람, 확인, 복사, 공유할 수 있게 됩니다. 협력기관들이 수집, 열람, 확인, 복사, 공유하는 건강정보는 귀하께서 본 동의서에 서명한 날짜 이전 및 이후에 유래한 것일 수 있습니다. 귀하의 건강기록은 과거의 질병이나 상해, 엑스레이 또는 혈액검사와 같은 검사 결과 및 현재 복용 중이거나 과거에 복용한 적이 있는 약물에 대한 정보일 수 있습니다. 또한 건강기록에는 다음과 같은 정보를 포함할 수 있습니다.

1. 현재 환자로 가입해 있거나 이전에 가입한 적이 있는 알코올 또는 약물 사용 프로그램
2. 산아제한 및 낙태와 같은 가족계획 서비스
3. 유전성 질환
4. HIV/AIDS
5. 정신건강 상태 및/또는
6. 성병(성적 접촉을 통해 발생하는 질환)

귀하의 건강정보는 비공개이고 뉴욕 주 및 미국 법률, 규정에 의하여 귀하의 허락 없이 다른 사람에게 전달할 수 없습니다. 귀하의 건강정보를 수집하고 열람하는 협력기관들은 반드시 이러한 모든 법률을 따라야 합니다. 협력기관에서는 귀하께서 동의하거나 법적으로 허용되는 경우가 아니면 귀하의 건강정보를 타인에게 제공할 수 없습니다. 건강정보가 컴퓨터 시스템이나 일반 종이에 기록된 경우에도 마찬가지입니다. 일부 법률은 HIV/AIDS, 정신건강 기록 및 약물/알코올 사용에 대한 치료관리에 적용됩니다. 건강정보를 사용하는 협력기관과 Health Home은 이러한 해당 법률과 규정을 반드시 준수해야 합니다.

서명하시기 전에 본 동의서의 모든 정보를 읽으십시오.

본인은 _____ **가입에 동의하고, Health Home이 나의 치료, 치료 관리, 건강 보험 가입 여부 및 보장 내용 확인, 연구, 모든 환자의 치료 개선을 위해 동의서 말미에 명시된 협력기관과** _____ RHIO 및/또는 PSYCKES를 통해 다른 출처로부터 나의 모든 건강정보를 전달받을 수 있다는 점에 **동의합니다.** 또한 Health Home과 본 동의서 말미에 명시된 협력기관들이 상호 간에 본인의 건강정보를 공유할 수 있다는 점에 동의합니다. 본인은 이 동의서가 본인이 이전에 건강정보 공유를 위해 서명했을 수 있는 Health Home 환자정보 공유 동의서를 대신한다는 점을 이해합니다. 본인은 마음을 바꿀 수 있고, **Withdrawal of Consent Form(동의서 철회 양식)(DOH-5058)에 서명하고 이를 Health Home 협력기관에 전달함으로써 언제든지** 동의를 취소할 수 있습니다.

_____ 환자 성명(인쇄체)

_____ 환자 생년월일

_____ 환자 또는 환자의 법적 대리인 서명

_____ 날짜

_____ 법적 대리인 성명(인쇄체)
(해당되는 경우)

_____ 법적 대리인과 환자와의 관계
(해당되는 경우)

1. 협력기관들이 내 정보를 어떠한 식으로 사용하게 됩니까?

귀하께서 동의하시면, 협력기관들은 귀하의 건강정보를

- 건강관리를 제공하고 관련 서비스를 관리하며
- 귀하의 건강보험 가입 여부 및 보험 내용을 확인하고
- 연구 및 환자 관리 서비스 개선에 사용합니다.

귀하의 결정으로 인해 건강 보험사가 보험 제공 또는 비용지급 여부를 결정하기 위해 귀하의 정보를 조회하는 것이 허용되지는 않습니다. 이러한 결정은 건강 보험사가 반드시 사용해야 하는 별개의 양식을 통해 할 수 있습니다.

2. 내 건강정보의 출처는 어디입니까?

귀하의 건강정보는 과거에 귀하에게 건강관리 또는 건강보험을 제공했던 장소와 사람으로부터 수집됩니다. 여기에는 병원, 의사, 약국, 검사실, 건강 보험사, Medicaid 프로그램, 건강정보를 공유하는 기타 단체가 포함됩니다. 해당 장소와 사람의 전체 명단을 받아보시려면 _____ 전화하시거나 담당 관리자에게 문의하십시오.

3. 내 건강정보 공유와 관련된 법률이나 규정은 무엇입니까?

뉴욕 주 정신건강법 제33.13 조항(New York Mental Hygiene Law Section 33.13), 뉴욕 주 보건의료법규 27-F(New York Public Health Law Article 27-F), 42 CFR 파트 2 및 45 CFR 파트 160, 164(“HIPAA” 규정) 등 연방 기밀 규정입니다.

4. 내가 동의하는 경우, 누가 내 정보를 수집하고 열람할 수 있습니까?

귀하의 건강정보를 볼 수 있는 사람들은, 의사나 Health Home 협력기관 직원 및 귀하의 건강관리에 관련된 사람, 귀하에게 건강관리 서비스를 제공하는 Health Home 협력기관에서 근무하는 건강관리 제공자, 건강 보험 확인 또는 모든 환자를 위해 건강관리 서비스를 연구 및 개선하기 위해 귀하에게 건강관리 서비스를 제공하는 Health Home 협력기관에서 근무하는 직원 등 귀하가 정보 수집 및 열람을 허락한 사람들입니다. 귀하의 주치의나 건강관리 제공자가 아닌 새로운 약국, 병원 또는 제공기관에서 건강관리를 받으면, 건강보험 보장 범위나 Health Home 제공기관의 이름과 같은 일부 정보가 이러한 새로운 기관에 전달되거나 이러한 기관에서 정보를 열람할 수 있습니다.

5. 내가 동의하지 않았는데 내 정보가 사용될 경우 어떻게 해야 합니까?

귀하께서 허락하지 않은 사람이 귀하의 정보를 사용했다고 생각하시면 귀하의 기록을 열람할 수 있도록 허락한 협력기관, _____, 전화 번호 _____ 에 연락하거나 Medicaid Helpline(메디케이드 헬프라인) 1-800-541-2831로 전화를 주십시오.

6. 내 동의가 얼마 동안 유효합니까?

귀하의 동의는 귀하가 동의를 취소하는 날까지 또는 Health Home 프로그램에서 탈퇴하거나 Health Home이 업무를 중단하는 날까지 유효합니다.

7. 나중에 마음이 바뀌어 동의를 취소하고 싶다면 어떻게 해야 합니까?

귀하는 Withdrawal of Consent Form(동의서 철회 양식)(DOH-5058)에 서명하고 이를 Health Home 협력기관에 전달함으로써 언제든지 동의를 취소할 수 있습니다. 귀하의 정보를 공유하도록 동의하시면, 본 양식 말미에 명시된 모든 Health Home 협력기관이 귀하의 건강정보를 수집할 수 있게 됩니다. 본 동의서에 명시된 Health Home 협력기관들이 귀하의 건강정보를 수집하는 것을 원하지 않으시면, Health Home 프로그램에서 귀하의 동의서를 철회하셔야 합니다. _____에 전화하시면 이 양식을 받으실 수 있습니다. 원하실 경우 담당 관리자가 해당 양식 작성을 도와드릴 것입니다. 참고: 나중에 동의를 철회하시더라도 귀하 정보를 기보유하고 있는 제공자는 해당 정보를 귀하에게 다시 돌려 드리거나 기록에서 삭제하지 않습니다.

8. 이 동의서 사본은 어떻게 받을 수 있습니까?

동의서 서명하신 후에 받으실 수 있습니다.

참여 협력기관

Health Home 이름

참여 협력기관을 모두 기재할 수 있도록 이 페이지를 필요한 만큼 복사하여 사용하십시오.

환자 이니셜

날짜

참여 협력기관 이름

참여 협력기관 이름

참여 협력기관 이름

참여 협력기관 이름

참여 협력기관 이름

참여 협력기관 이름

참여 협력기관 이름

참여 협력기관 이름

참여 협력기관 이름

참여 협력기관 이름

참여 협력기관 이름

참여 협력기관 이름

참여 협력기관 이름

참여 협력기관 이름

참여 협력기관 이름

참여 협력기관 이름

참여 협력기관 이름

참여 협력기관 이름

참여 협력기관 이름

참여 협력기관 이름

참여 협력기관 이름

참여 협력기관 이름

참여 협력기관 이름

참여 협력기관 이름

참여 협력기관 이름

참여 협력기관 이름

참여 협력기관 이름