

Health Home (健康之家) 名称 _____

在本同意书签字表明, 您同意加入 _____ Health Home (健康之家)。Health Home (健康之家) 医疗护理提供方以及其他参与您护理的人员需能相互探讨您的护理, 并彼此分享您的健康信息, 以便为您提供更好的护理, 若同意该点, 方可加入。加入 Health Home (健康之家) 可确保您获得所需的护理, 但即便您未在本同意书上签字或者不想加入 Health Home (健康之家), 您仍可获得医疗护理和医疗保险。

Health Home (健康之家) 可能会通过以下途径获取您的健康信息 (包括医疗记录): 同意书末尾的合作伙伴列表, 和/或来自 Regional Health Information Organization (RHIO, 区域健康信息组织) _____ 运营的计算机系统和/或 New York State Office of Mental Health (纽约州心理健康办公室) 运营的 PSYCKES 计算机系统等其他方。RHIO 的计算机系统从您的医生和身为 RHIO 成员的医疗护理提供方那里收集您的健康信息 (包括医疗记录) 并储存。除非为您指定的可查看或获取您健康信息的人员, 否则 RHIO 将不予分享您的健康信息。PSYCKES 计算机系统从您的医生和身为 Medicaid 计划成员的健康护理提供方那里收集您的治疗信息并储存。

如果您同意并签署本同意书, Health Home (健康之家) 及本同意书所列之合作伙伴在为您提供护理、管理您的护理以及研究您的护理以为其他患者提供更好的健康护理时, 将可以根据其需求, 获取、查看、阅读、复制并与彼此分享您的所有健康信息 (包括 Health Home (健康之家) 从 RHIO 和/或 PSYCKES 获取的所有您的健康信息)。所获取、查看、阅读、复制和分享的健康信息包括您在签署本同意书的日期之前和之后的健康信息。您的医疗记录可能包含以下信息: 您患有的或之前可能患有的疾病或伤害; 检测结果 (如 X 光检测或血检); 以及您目前正在服用的或之前服用过的药物。您的医疗记录还可能包含以下信息:

1. 您当前或之前作为患者而参与的戒酒或戒毒计划;
2. 计划生育和流产等家庭计划服务;
3. 遗传疾病;
4. HIV/AIDS;
5. 心理健康状况; 和/或
6. 性传播疾病 (发生性关系而感染的疾病)。

根据 New York State 和美国法律法规规定, 您的健康信息为私人信息, 未经本人允许, 不得透露给他人。可获取和查看您健康信息的合作伙伴必须遵守这些法律法规。除非征得您同意, 或者法律指明他们可以将信息透露给他人, 否则他们不得向他人透露您的信息。上述规定适用于位于计算机系统内的或以书面形式呈现的您的健康信息。一些法律设有关于 HIV/AIDS 护理、心理健康记录以及戒酒戒毒的规定。Health Home (健康之家) 及合作伙伴务必在遵守这些法律与法规的前提下使用您的健康信息。

签字前, 请认真阅读本同意书所有信息。

本人同意加入 _____ Health Home (健康之家), 并允许 Health Home (健康之家) 从本同意书末尾所列之合作伙伴以及通过 _____ RHIO 和/或 PSYCKES 等其他方获取我所有的健康信息, 以便为我实施护理或管理我的护理、确认我是否已加入健康保险计划、查看该保险的范围、及研究并改善对所有病患的照护。我还同意, Health Home (健康之家) 及本同意书末尾之所列合作伙伴可以与彼此分享我的健康信息。我了解, 本同意书取代所有我之前签字的、用以分享我健康信息的其他 Health Home (健康之家) 患者信息分享同意书。我可以通过签署撤回同意书 (DOH-5058) 并将其递交给一个 Health Home (健康之家) 的合作伙伴, 随时改变主意并撤销同意。

请用正楷书写患者姓名

患者出生日期

患者或患者法定代表人签字

日期

请用正楷书写法定代表人姓名
(如适用)

法定代表人与患者的关系
(如适用)

关于患者信息和同意流程的详细信息

1. 合作伙伴将如何使用我的信息？

经您同意，您的健康信息将被合作伙伴用于以下目的：

- 为您提供健康护理并对其进行管理；
- 确认您是否拥有医疗保险及其赔付范围；
- 进行医疗护理研究以更好地服务患者。

您所签署的本同意书确认您的信息不会被医疗保险公司查看，并不会被用以决定是否给予您医疗保险或对您进行赔付。如有上述需求，请填写医疗保险公司必须使用的单独相关表格。

2. 我的健康信息源自何处？

您的健康信息收集自之前为您提供医疗护理的地点或人员或是过去的医疗保险，相关人员地点可能包括医院、医生、药房、实验室、健康计划（保险公司）、Medicaid 计划以及其他分享健康信息的组织。您可致电 _____ 您的护理经理，或与其进行面谈，以获取这些地点及人员的完整清单。

3. 有哪些法律和法规涉及我的健康信息的分享方式？

相关法律和法规包括：**New York Mental Hygiene Law**（《纽约心理卫生法》）第 33.13 节、**New York Public Health Law**（《纽约公共卫生法》）第 27-F 条以及联邦保密法规中的“HIPAA 法案（健康保险携带和责任法案）”部分（包括 42 CFR 第 2 部分和 45 CFR 第 160 和 164 部分）。

4. 如果我签署本同意书，那么哪些人可以获取和查看我的信息？

只有那些经您同意的人员才可以获取和查看您的健康信息，他们包括：医生，其他为 Health Home（健康之家）合作伙伴工作的人员以及参与您的医疗护理的人员；为您提供护理的 Health Home（健康之家）合作伙伴的医疗护理提供方；以及为向您提供护理的 Health Home（健康之家）合作伙伴工作、帮助他们确认您的医疗保险、或者进行医疗护理研究使其更好地服务患者的人员。若为您提供护理的一方不是您往常的医生或提供方，例如从新的药房、医院或其他提供方获得护理时，诸如您的医疗计划的覆盖范围或您的 Health Home（健康之家）提供方的名称等一些信息可能会被提供与他们或被他们查看。

5. 如果某人未经我同意使用我的信息，当如何处理？

当您认为某人未经您准许而使用了您的信息时，请致电您准许其查看您记录的相关合作伙伴，或拨打 _____ 电话 _____，或者 Medicaid 帮助热线 1-800-541-2831。

6. 本同意书的有效期限是多久？

除非您撤回同意，或者退出 Health Home（健康之家）计划，或者 Health Home（健康之家）停止运转，否则本同意书将一直有效。

7. 如果我之后改变主意，想要撤回同意该怎么办？

您可以通过签署撤回同意书（DOH-5058）并将其给予一个 Health Home（健康之家）合作伙伴，随时撤销同意。如果您同意分享您的信息，本同意书末尾之所有 Health Home（健康之家）合作伙伴都将能够获取您的健康信息。如果您并不希望本同意书末尾所列之 Health Home（健康之家）合作伙伴获取您的健康信息，请您从 Health Home（健康之家）计划中撤回您的同意。您可以通过拨打电话的方式 _____ 获取本同意书。如您同意，您的护理经理将帮助您填写本同意书。注：即使您之后决定撤销同意，已拥有您信息的护理提供方也不必将信息归还与您，或将其从记录中删除。

8. 我如何获得本同意书的副本？

您签字后便可获得本同意书的副本。

参与合作伙伴

Health Home (健康之家) 名称

请列出所有参与合作伙伴，如有需要请复制本页

患者姓名首字母大写

日期

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称