

Il presente modulo deve essere utilizzato per i minori di 18 anni di età ai fini dell'iscrizione a un programma Health Home. Il presente modulo spiega anche quali informazioni sanitarie possono essere condivise e con chi.

**\*[Si noti che i minori di 18 anni di età che sono genitori, in gravidanza e/o coniugati, e che sono in grado di fornire il consenso, non devono utilizzare il presente modulo. Al suo posto devono utilizzare il modulo di consenso alla condivisione delle informazioni dei pazienti di Health Home (DOH 5055)].**

**Istruzioni per il genitore/tutore/rappresentante legalmente autorizzato:**

La *Sezione 1* del presente modulo deve essere compilata dal genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato del minore. Il rappresentante legalmente autorizzato a condividere informazioni sanitarie è definito come la "persona o l'agenzia autorizzata da una legge, ordinanza di tribunale o autorizzazione applicabile di tipo statale, tribale, militare o di altro tipo ad agire per conto di una persona ai fini della divulgazione di informazioni mediche". Elenchi tutti gli operatori sanitari del minore autorizzati a condividere le informazioni sanitarie del minore. Potranno essere condivise le informazioni sanitarie create prima e dopo la data di sottoscrizione del presente modulo. Questi operatori sanitari possono condividere le informazioni tra loro e con l'agenzia di gestione dell'assistenza all'infanzia indicata qui sotto, ma non possono divulgare le informazioni del minore ad altre persone, a meno che lei non dia il suo consenso o la legge lo consenta. Il minore può mantenere riservata qualsiasi informazione sui servizi, oggetto della *Sezione 2*, a cui ha fornito il proprio consenso, inclusi pianificazione familiare e contraccezione di emergenza, aborto, test e trattamento di infezioni sessualmente trasmissibili, test e trattamento di HIV, prevenzione di HIV, cure prenatali, servizi relativi a travaglio e parto, trattamento dell'abuso di stupefacenti e alcolici, o servizi relativi a molestie sessuali. Se lei ha espresso il consenso a uno o più di uno di queste servizi per il minore, potrebbe essere autorizzato ad acconsentire alla divulgazione di informazioni relative a detti servizi, elencando gli operatori sanitari in questa Sezione. **Nota:** potrebbe essere necessario che anche il minore autorizzi la divulgazione delle informazioni.

La *Sezione 2* del presente modulo viene compilata a parte dal minore insieme al responsabile dell'assistenza sanitaria. *I minori di almeno 10 anni di età possono autorizzare o meno la condivisione delle informazioni relative a determinati tipi di servizi protetti. Inoltre, se il minore o l'adolescente riceve servizi specifici per la salute mentale o le disabilità dello sviluppo e ha già compiuto 12 anni di età, l'operatore di servizi per la salute mentale e/o le disabilità dello sviluppo può chiedere al minore o all'adolescente se acconsente alla divulgazione delle informazioni.*

**Istruzioni per il responsabile dell'assistenza sanitaria:** La *Sezione 1* deve essere compilata dal genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato del minore. Vi sono elencati tutti gli operatori sanitari autorizzati a condividere le informazioni sanitarie del minore. Indichi qui sotto l'agenzia di gestione dell'assistenza all'infanzia del minore come operatore sanitario. Questi operatori sanitari possono condividere tutte le informazioni sanitarie tranne quelle relative ai servizi a cui acconsente il minore autonomamente, inclusi pianificazione familiare e contraccezione di emergenza, aborto, test e trattamento di infezioni sessualmente trasmissibili, test e trattamento di HIV, prevenzione di HIV, cure prenatali, servizi relativi a travaglio e parto, trattamento dell'abuso di stupefacenti e alcolici, o servizi relativi a molestie sessuali. Se il genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato ha acconsentito ad aborto, test e trattamento di infezioni sessualmente trasmissibili, test e trattamento di HIV, prevenzione di HIV, o trattamento dell'abuso di stupefacenti e alcolici per conto del minore, le informazioni possono essere divulgate esclusivamente con il consenso anche del minore ai sensi della *Sezione 2*. Copiare la pagina qui sotto a se necessario per elencare tutti gli operatori sanitari autorizzati. Se in futuro l'elenco deve essere aggiornato (per aggiungere o eliminare un nominativo), chiedi al genitore/tutore/rappresentante legalmente autorizzato di *selezionare AGGIUNTA o ELIMINAZIONE*, e di apporre le iniziali e la data accanto a ciascuna voce nuova/omessa. *Anche l'HHCM deve apporre le iniziali accanto a tutte le modifiche apportate.*

**Istruzioni per l'operatore partecipante:** se il suo nome o la sua agenzia è presente nell'elenco della *Sezione 1*, lei può divulgare le informazioni sanitarie del minore tranne quelle relative ai servizi a cui acconsente il minore autonomamente, inclusi pianificazione familiare e contraccezione di emergenza, aborto, test e trattamento di infezioni sessualmente trasmissibili, test e trattamento di HIV, prevenzione di HIV, cure prenatali, servizi relativi a travaglio e parto, trattamento dell'abuso di stupefacenti e alcolici, o servizi relativi a molestie sessuali. Può divulgare queste informazioni esclusivamente previa autorizzazione della *Sezione 2* del presente modulo. Se il genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato ha acconsentito ad aborto, test e trattamento di infezioni sessualmente trasmissibili, test e trattamento di HIV, prevenzione di HIV, o trattamento dell'abuso di stupefacenti e alcolici per conto del minore, le informazioni possono essere divulgate esclusivamente con il consenso anche del minore ai sensi della *Sezione 2*. Se riceve una copia della *Sezione 2* del presente modulo di consenso, la esamini con attenzione per identificare l'autorizzazione concessa dal minore affinché il responsabile dell'assistenza sanitaria di Health Home condivida con lei informazioni specifiche. **NOTA:** se la *Sezione 2* NON viene fornita, l'autorizzazione non è stata concessa dal minore e conseguentemente queste informazioni NON possono essere divulgate o condivise con lei.

**Sezione 1:** questa Sezione deve essere compilata dal genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato del minore.

Sottoscrivendo il presente modulo, accetto quanto segue:

1. Mi è stato spiegato che il minore summenzionato ha il diritto di partecipare a un programma Health Home.
2. Il minore summenzionato è iscritto al programma Health Home sopra indicato.
3. Mi è stata data la possibilità di esaminare la scheda delle domande frequenti relative a Health Home ed è stata data risposta alle mie domande.
4. Sono consapevole di cosa sia il programma Health Home e del modo in cui può aiutare il minore. Sono consapevole di cosa comporta l'iscrizione a un programma Health Home e del motivo per cui le informazioni sanitarie del minore verranno condivise.
5. Health Home e chiunque io abbia indicato nella *Sezione 1* qui sotto \_\_\_\_\_  
possono condividere tra loro le informazioni sanitarie, nel rispetto delle \_\_\_\_\_ NOME DEL MINORE  
precedenti istruzioni, ai fini della gestione dell'assistenza nell'ambito del programma Health Home. Possono condividere le informazioni relative al periodo precedente o successivo alla data di sottoscrizione del presente modulo.
6. Health Home può acquisire le informazioni sanitarie del minore, incluse le cartelle cliniche, dai partner elencati in fondo al presente modulo e/o da altre fonti attraverso i seguenti sistemi informatici:
  - Statewide Health Information Network for New York (SHIN-NY): questa rete di informazioni sanitarie, gestita dal New York State Department of Health, raccoglie e conserva le informazioni sanitarie, tra cui le cartelle cliniche, dei propri medici e operatori sanitari;
  - Psychiatric Services and Clinical Knowledge Enhancement System (PSYCKES): questo sistema informatico, gestito dall'Ufficio per la salute mentale (Office of Mental Health) del New York State, raccoglie e conserva le informazioni sanitarie dei medici e degli operatori sanitari che fanno parte del programma Medicaid;
  - TABS/CHOICES: questo sistema informatico, gestito dall'Ufficio per le persone affette da disabilità dello sviluppo (Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD) del New York State, raccoglie e conserva informazioni per le persone affette da disabilità intellettive e/o dello sviluppo (I/DD) attraverso il sistema di servizi dell'OPWDD.
7. Inoltre, il programma Health Home potrebbe avere bisogno di condividere le informazioni del minore con lo Sportello unico locale (Single Point of Access, SPOA) per aiutare il responsabile dell'assistenza sanitaria di Health Home a coordinare l'accesso ai necessari servizi per la salute mentale. Lo SPOA è in grado di consultare i dati ai sensi della Sezione 41.05 della Mental Hygiene Law e dell'autorizzazione prevista dalle Sezioni 41.07 e 41.13. Il permesso di contattare lo SPOA può essere fornito nella pagina relativa agli operatori sanitari qui sotto.

Sono consapevole che il presente modulo di consenso sostituisce altri moduli di consenso da me eventualmente sottoscritti in passato per conto del minore in merito alla condivisione di informazioni di Health Home. Il consenso resta valido fino a quando:

- non avrò ritirato il minore, o
- il minore non avrà più diritto a un programma Health Home, o
- il programma Health Home sarà inattivo, o
- l'età o la situazione del minore non gli consentirà di fornire autonomamente il consenso (completare il DOH-5055)

Ho la facoltà di modificare il presente modulo in qualsiasi momento. In caso di modifiche, devo apporre le iniziali e la data nel rispetto delle indicazioni (o all'interno dell'apposito spazio). Ho la facoltà di ritirare in qualsiasi momento il consenso per conto del minore contattando il responsabile dell'assistenza sanitaria, l'agenzia di gestione dell'assistenza sanitaria o il programma Health Home.

**Nel caso in cui io non sottoscriva il presente modulo di consenso, sono consapevole che le informazioni del minore non verranno condivise.**

**Fare ulteriori copie di questa pagina, se necessario, per elencare tutti i partner partecipanti e gli altri soggetti autorizzati dal genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato dell'iscritto.**

Elencare qui sotto tutti gli operatori sanitari del minore autorizzati a condividere le informazioni sanitarie del minore. Potranno essere condivise le informazioni sanitarie create prima o dopo la data di sottoscrizione del presente modulo. Questi operatori sanitari possono condividere le informazioni tra loro e con l'agenzia di gestione dell'assistenza all'infanzia indicata qui sotto,

Nel caso in cui vengano apportate modifiche a questa pagina in QUALSIASI momento, il genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato **DEVE** indicare se la modifica consiste in un'AGGIUNTA o in un'ELIMINAZIONE dell'operatore sanitario, e apporre nella casella qui sotto INIZIALI e DATA accanto alla o alle modifiche apportate. Anche il responsabile dell'assistenza sanitaria di Health Home (HHCM) deve apporre le INIZIALI accanto a tutte le modifiche.

	Aggiunta o eliminazione	Data della modifica	Iniziali del genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato	Iniziali dell'HHCM
Agenzia di gestione sanitaria Health Home:	<input type="checkbox"/> Aggiunta			
	<input type="checkbox"/> Eliminazione			
Programma di assistenza gestita Medicaid:	<input type="checkbox"/> Aggiunta			
	<input type="checkbox"/> Eliminazione			
Nome del medico curante:	<input type="checkbox"/> Aggiunta			
	<input type="checkbox"/> Eliminazione			
Nome dell'ospedale:	<input type="checkbox"/> Aggiunta			
	<input type="checkbox"/> Eliminazione			
Nome dell'agenzia per l'affido volontario:	<input type="checkbox"/> Aggiunta			
	<input type="checkbox"/> Eliminazione			
Nome operatore di medicina comportamentale:	<input type="checkbox"/> Aggiunta			
	<input type="checkbox"/> Eliminazione			
Nome dello SPOA/LGU:	<input type="checkbox"/> Aggiunta			
	<input type="checkbox"/> Eliminazione			
Nome dell'operatore:	<input type="checkbox"/> Aggiunta			
	<input type="checkbox"/> Eliminazione			
Nome dell'operatore:	<input type="checkbox"/> Aggiunta			
	<input type="checkbox"/> Eliminazione			
Nome dell'operatore:	<input type="checkbox"/> Aggiunta			
	<input type="checkbox"/> Eliminazione			
Nome dell'operatore:	<input type="checkbox"/> Aggiunta			
	<input type="checkbox"/> Eliminazione			
Nome dell'operatore:	<input type="checkbox"/> Aggiunta			
	<input type="checkbox"/> Eliminazione			
Nome dell'operatore:	<input type="checkbox"/> Aggiunta			
	<input type="checkbox"/> Eliminazione			
Nome dell'operatore:	<input type="checkbox"/> Aggiunta			
	<input type="checkbox"/> Eliminazione			

**DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE CON IL MINORE**

**Sezione 2:** il minore/adolescente deve aver compiuto 10 anni di età per esaminare e compilare questa sezione.

**Istruzioni:** la Sezione 2 va compilata dopo che la Sezione 1 è stata compilata e sottoscritta da tutte le parti interessate. Per compilare la Sezione 2 il minore/adolescente deve aver compiuto 10 anni di età. La Sezione 2 del presente modulo deve essere compilata dal responsabile dell'assistenza sanitaria di Health Home con il minore. Il presente modulo va compilato in privato, senza il genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato del minore, per tutelare la riservatezza delle informazioni.

**Sezione 2 – Parte A:** i minori di almeno 10 anni di età possono autorizzare o meno la condivisione delle informazioni relative a determinati tipi di servizi protetti, ad esempio: pianificazione familiare, contraccezione di emergenza, aborto, operatore/i di test e trattamento di HIV, profilassi pre/post-esposizione per la prevenzione di HIV (PrEP/PEP), test e trattamento di infezioni sessualmente trasmissibili, servizi relativi a cure prenatali, travaglio/parto, trattamento dell'abuso di stupefacenti e alcolici, molestie sessuali.

**Sezione 2 – Parte B:** i minori di almeno 12 anni di età possono autorizzare o meno la condivisione delle informazioni relative ai tipi di servizi per la salute mentale o le disabilità dello sviluppo che ricevono. L'operatore per la salute mentale e/o le disabilità dello sviluppo può chiedere al minore o all'adolescente se acconsente alla divulgazione delle informazioni.

**Sezione 2 – Le parti A e B DEVONO essere compilate a meno che:** il minore non soddisfi il requisito di età specificato (10 o 12 anni), il minore non abbia intenzione o non sia in grado di compilare questa sezione, il minore non identifichi alcun servizio protetto, il minore non identifichi alcun servizio per la salute mentale o le disabilità dello sviluppo, OPPURE all'HHCM non venga negata dal genitore/tutore/rappresentante legalmente autorizzato del minore l'autorizzazione a incontrare da solo il minore per l'esame della Sezione 2. Se una di queste motivazioni risulta applicabile, l'HHCM **DEVE** documentare in modo chiaro la o le motivazioni nella cartella clinica relativa al minore e compilare il *tracker per la gestione dell'assistenza sanitaria di Health Home per la Sezione 2* e tentare nuovamente di ottenere queste informazioni in un momento successivo al fine di aiutare l'iscritto con il coordinamento dei servizi.

**SEZIONE 2 – PARTE A:**

Io sottoscritto, \_\_\_\_\_, sono consapevole di poter fornire il consenso per determinati tipi di servizi sanitari senza

Nome del minore

**informare il mio genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato.** I servizi sono i seguenti: pianificazione familiare, contraccezione di emergenza, aborto, operatore/i di test e trattamento di HIV, profilassi pre/post-esposizione per la prevenzione di HIV (PrEP/PEP), test e trattamento di infezioni sessualmente trasmissibili, servizi relativi a cure prenatali, travaglio/parto, trattamento dell'abuso di stupefacenti e alcolici, molestie sessuali. **Posso anche decidere chi ha il diritto di raccogliere e condividere le mie informazioni in merito ai servizi.**

Il minore e l'HHCM sono tenuti ad apporre le iniziali e la data qui sotto accanto a qualsiasi modifica apportata a questa sezione.

Ritiro il mio consenso alla condivisione di informazioni con il mio genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato in merito a questi servizi, nel modo seguente:

**Acconsento alla condivisione di informazioni su questi servizi con il mio genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato indicato qui sotto.**

Tipi di servizi e nome/i di operatore e/o agenzia	Data	Nome del genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato	Iniziali del minore	Data	Iniziali dell'HHCM	Data

Il minore e l'HHCM sono tenuti ad apporre le iniziali e la data qui sotto accanto a qualsiasi modifica apportata a questa sezione.

Ritiro il mio consenso alla condivisione di informazioni su questi servizi con l'operatore, nel modo seguente:

**Acconsento alla condivisione di informazioni su questi servizi con il mio o i miei operatori sanitari indicati qui sotto:**

Tipi di servizi e nome/i di operatore e/o agenzia	Data	Nome del o degli operatori	Iniziali del minore	Data	Iniziali dell'HHCM	Data

**SEZIONE 2 – PARTE B:** se usufruisci di servizi per la salute mentale e/o le disabilità dello sviluppo e hai già compiuto dodici anni di età, il tuo operatore sanitario potrebbe chiederti se acconsenti alla condivisione delle tue informazioni. Se rifiuti, l'operatore ha il diritto di: negare interamente la richiesta, inviare la cartella clinica solo in parte o inviare un riassunto della cartella clinica.

Il minore e l'HHCM sono tenuti ad apporre le iniziali e la data qui sotto accanto a qualsiasi modifica apportata a questa sezione.

Ritiro il mio consenso alla condivisione di informazioni con il mio genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato in merito a questi servizi, nel modo seguente:

**Acconsento alla condivisione di informazioni su questi servizi con il mio genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato indicato qui sotto:**

Tipi di servizi e nome/i di operatore e/o agenzia	Data	Nome del genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato	Iniziali del minore	Data	Iniziali dell'HHCM	Data
Servizi per la salute mentale:						
Servizi per le disabilità dello sviluppo:						

Il minore e l'HHCM sono tenuti ad apporre le iniziali e la data qui sotto accanto a qualsiasi modifica apportata a questa sezione.

Ritiro il mio consenso alla condivisione di informazioni su questi servizi con l'operatore, nel modo seguente:

**Acconsento alla condivisione di informazioni su questi servizi con il o gli operatori sanitari indicati qui sotto:**

Tipi di servizi e nome/i di operatore e/o agenzia	Data	Nome del o degli operatori	Iniziali del minore	Data	Iniziali dell'HHCM	Data
Servizi per la salute mentale:						
Servizi per le disabilità dello sviluppo:						

Sottoscrivendo la Sezione 2 del presente modulo, accetto quanto segue:

- Mi è stata data la possibilità di esaminare la scheda delle domande frequenti relative a Health Home ed è stata data risposta alle mie domande, e
- Il programma Health Home e chiunque io abbia indicato nella Sezione 2 del presente modulo possono condividere le informazioni sanitarie che mi riguardano elencate qui sopra. Possono condividere le informazioni relative al periodo precedente e successivo alla data di sottoscrizione del presente modulo.

Ho la facoltà di modificare la **Sezione 2** del presente modulo in qualsiasi momento. In caso di modifiche, devo apporre le iniziali e la data accanto ad esse (o all'interno dell'apposito spazio).

Sono consapevole che il presente modulo di consenso, **Sezione 2**, sostituisce altri moduli di consenso, **Sezione 2**, da me eventualmente sottoscritti in passato in merito alla condivisione di informazioni di Health Home. La Sezione 2 resta valida fino a quando:

- non l'avrò ritirata, o
- non avrò più diritto a Health Home, o
- il programma Health Home sarà inattivo, o
- il mio genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato non mi avrà ritirato dal programma Health Home, o
- la mia età o la mia situazione non mi consentirà di fornire il consenso autonomamente (completare il DOH-5055).

NOME IN STAMPATELLO DEL MINORE

DATA DI NASCITA DEL MINORE

FIRMA DEL MINORE

DATA

NOME IN STAMPATELLO DEL RESPONSABILE DELL'ASSISTENZA SANITARIA DI HEALTH HOME

FIRMA DEL RESPONSABILE DELL'ASSISTENZA SANITARIA DI HEALTH HOME

DATA