

本同意书仅供 18 岁以下的儿童报名参加 Health Home 计划之用。本同意书还列出了哪些健康信息将被共享以及共享对象。

**\*[请注意, 已为人父母、怀孕和/或结婚的 18 岁以下儿童, 以及因其他原因有能力亲自签署本同意书的儿童, 不应使用本同意书。他们必须使用 Health Home 患者信息共享同意书 (DOH 5055)]。**

#### 父母/监护人/法定授权代表须知:

本同意书第 1 节应由儿童的父母、监护人或法定授权代表填写。就健康信息共享而言, 法定授权代表的定义为“经州、部落、军队或其他适用法律、法庭命令或同意书授权, 代表他人披露医疗信息的个人或机构”。列出所有可以共享儿童健康信息的医疗服务提供者。他们可以共享您签署本同意书日期之前和之后的健康信息。这些提供者可以彼此共享此类信息, 也可以与下列儿童护理管理机构共享。除非征得您的同意或者法律允许, 否则他们不得向其他方披露儿童的信息。儿童可选择保密与其同意接受的第 2 节所概述服务有关的任何信息, 包括计划生育和紧急避孕、堕胎、性传播感染检测和治疗、HIV 检测和治疗、HIV 预防、产前护理、分娩和生产服务、毒品和酒精治疗或性侵犯相关服务。如果您代表儿童同意了任何此类服务, 则您可能有权同意披露与此类服务相关的信息, 并可以在本节中列出提供者。**注意:** 儿童可能也必须同意披露此类信息。

本同意书的第 2 节单独由儿童和护理管理员填写。10 岁及以上的儿童可以同意分享或隐瞒某些与受保护服务相关的信息。此外, 如果儿童或青少年接受的是心理健康或发育障碍方面的服务且其年龄在 12 岁以上, 则心理健康和/或发育障碍服务提供者可能会询问儿童或青少年是否希望披露其信息。

**护理管理员须知:** 第 1 节由儿童的父母、监护人或法定授权代表填写。该部分列出了所有可以共享儿童健康信息的医疗服务提供者。在下方列出作为提供者的儿童护理管理机构。这些提供者可共享所有健康信息, 但与儿童本人可以自行同意接受的服务相关的任何信息除外, 包括计划生育和紧急避孕、堕胎、性传播感染检测和治疗、HIV 检测和治疗、HIV 预防、产前护理、分娩和生产服务、毒品和酒精治疗或性侵犯服务。如果父母、监护人或法定授权代表代表儿童同意堕胎、性传播感染检测和治疗、HIV 检测和治疗、HIV 预防或毒品和酒精治疗, 则只有儿童在第 2 节也同意披露的情况下才能披露此类信息。可根据需要复制下方页面, 以便能够为提供者列出所有已同意的信息。如果该列表将来需要更新(添加或删除名称), 请让父母、监护人或法定授权代表选择“添加”或“删除”, 并在每个新添加或删除的条目旁签上姓名首字母并注明日期。Health Home Care Manager (护理管理员, HHCM) 也必须在每一处更改旁签上姓名首字母。

**参与提供者须知:** 如果您的姓名或机构列于第 1 节, 则您可以披露儿童的健康信息, 但与儿童本人可以自行同意接受的服务相关的任何信息除外, 包括计划生育和紧急避孕、堕胎、性传播感染检测和治疗、HIV 检测和治疗、HIV 预防、产前护理、分娩和生产服务、毒品和酒精治疗或性侵犯服务。仅当您在第 2 节获得授权后才能披露此类信息。如果父母、监护人或法定授权代表代表儿童同意堕胎、性传播感染检测和治疗、HIV 检测和治疗、HIV 预防或毒品和酒精治疗, 则只有儿童在第 2 节也同意披露的情况下才能披露此类信息。如果您收到了本同意书第 2 节的副本, 请仔细审阅, 确定儿童是否同意 Health Home 护理管理员与您共享特定信息。**注意:** 如果您没有收到第 2 节的副本, 则说明儿童未进行授权, 因此, 此类信息不会向您披露或与您共享。

**第 1 节：**本部分由儿童的父母、监护人或法定授权代表填写。  
签署本同意书即表示本人同意：

1. 已有人向本人做出解释，上述儿童有资格参加 Health Home。
2. 上述儿童已报名参加上述 Health Home。
3. 本人已有机会查看 Health Home 常见问题解答表，并且所有问题均已得到解答。
4. 本人理解 Health Home 计划的内容，以及它如何能帮助儿童。本人理解报名参加 Health Home 意味着什么，以及为何要共享儿童的健康信息。
5. Health Home 可与本人在以下第 1 节中提及的任何人共享 \_\_\_\_\_  
以上说明所述的健康信息，用于 Health Home 计划中的 \_\_\_\_\_ 儿童姓名  
护理管理之目的。他们可以共享本人签署本同意书日期之前或之后的信息。
6. Health Home 可以通过以下电子系统从本同意书末尾所列合作伙伴和/或其他方处获取儿童的健康信息（包括医疗记录）：
  - Statewide Health Information Network for New York（州健康信息网络，SHIN-NY）：SHIN-NY 由 New York State Department of Health 运营。SHIN-NY 从网络内的医生和医疗保健提供者处收集和存储健康信息（包括医疗记录）；
  - Psychiatric Services and Clinical Knowledge Enhancement System（精神科服务和临床知识增强系统，PSYCKES）：PSYCKES 由纽约州心理健康办公室 (New York State Office of Mental Health) 运营，从参加 Medicaid 计划的医生和医疗保健提供者处收集和存储您的健康信息；
  - TABS/CHOICES：TABS/CHOICES 由 New York State Office of Mental Health（心理健康办公室）运营。TABS/CHOICES 收集和存储通过 OPWDD 服务系统接受服务的智力障碍和/或发育障碍 (I/DD) 人士的信息。
7. 另外，Health Home 可能还需要与当地的单点访问 (Single Point of Access, SPOA) 计划共享儿童的信息，以帮助 Health Home 护理管理员协调儿童所需的心理健康服务。根据《心理卫生法》(Mental Hygiene Law) 第 41.05 节、第 41.07 节和第 41.13 节之规定，SPOA 能够查看数据。联系 SPOA 的授权可在下文提供者页面提供。

本人理解，本同意书将取代本人此前代表儿童签署的其他 Health Home 信息共享同意书。本同意书长期有效，直至：

- 本人让儿童退出计划，或者
- 儿童不再具备参加 Health Home 的资格，或者
- Health Home 不再运营，或者
- 儿童达到亲自签署同意书的年龄或条件（填写 DOH-5055）

本人可随时更改本同意书。如作出更改，本人必须按照指示（或在指定方框内）签上姓名首字母并注明日期。本人可随时联系护理管理员、护理管理机构或 Health Home 代表儿童撤销本同意书。

**本人理解，如果本人不签署本同意书，儿童的信息将不会被共享。**

\_\_\_\_\_  
儿童父母、监护人或法定授权代表正楷姓名

\_\_\_\_\_  
父母、监护人或法定授权代表与儿童的关系

\_\_\_\_\_  
儿童父母、监护人或法定授权代表签名

\_\_\_\_\_  
日期

可根据需要复制本页，以便列出所有参与合作伙伴及会员的家长、监护人或法定授权代表批准的其他方

在下方列出所有可以共享儿童健康信息的医疗服务提供者。他们可以共享您签署本同意书日期之前或之后的健康信息。这些提供者可以彼此共享此类信息，也可以与下列儿童护理管理机构共享。

如需在任何时间对本页进行更改，儿童的父母、监护人或法定授权代表**必须**选择是“添加”还是“删除”提供者，并在下方所作更改旁的文本框中签上姓名首字母并注明日期。HealthHome 护理管理员 (HHCM) 也必须在所有更改处签上姓名首字母。

	添加或删除	更改日期	父母、监护人或法定授权代表姓名首字母	HHCM 的姓名首字母
Health Home 护理管理机构：	<input type="checkbox"/> 添加			
	<input type="checkbox"/> 删除			
Medicaid 管理式医疗计划：	<input type="checkbox"/> 添加			
	<input type="checkbox"/> 删除			
初级保健医师姓名：	<input type="checkbox"/> 添加			
	<input type="checkbox"/> 删除			
医院名称：	<input type="checkbox"/> 添加			
	<input type="checkbox"/> 删除			
寄养机构名称：	<input type="checkbox"/> 添加			
	<input type="checkbox"/> 删除			
行为健康服务提供者名称：	<input type="checkbox"/> 添加			
	<input type="checkbox"/> 删除			
SPOA/LGU 名称：	<input type="checkbox"/> 添加			
	<input type="checkbox"/> 删除			
提供者名称：	<input type="checkbox"/> 添加			
	<input type="checkbox"/> 删除			
提供者名称：	<input type="checkbox"/> 添加			
	<input type="checkbox"/> 删除			
提供者名称：	<input type="checkbox"/> 添加			
	<input type="checkbox"/> 删除			
提供者名称：	<input type="checkbox"/> 添加			
	<input type="checkbox"/> 删除			
提供者名称：	<input type="checkbox"/> 添加			
	<input type="checkbox"/> 删除			
提供者名称：	<input type="checkbox"/> 添加			
	<input type="checkbox"/> 删除			

请仅与儿童共同填写

**第 2 节：**儿童/青少年必须年满 10 岁才能审阅和填写本部分。

**说明：**第 2 节必须在第 1 节填写完毕且各方均已签字后填写。儿童/青少年必须年满 10 岁才能填写第 2 节。第 2 节应由 Health Home 护理管理员和儿童共同填写。应在儿童的父母、监护人或法定授权代表不在场的情况下填写本部分，以确保信息的保密性。

**第 2 节 - A 部分：**10 岁及以上的儿童可以同意分享或隐瞒某些受保护服务的信息，具体如下：计划生育；紧急避孕；堕胎；HIV 检测和治疗提供者；HIV 暴露前与暴露后预防 (PrEP/PEP)；性传播感染检测和治疗；产前护理、分娩/生产；毒品和酒精治疗；性侵犯服务。

**第 2 节 - B 部分：**12 岁及以上的儿童可以同意分享或隐瞒与自己接受的心理健康或发育障碍服务相关的信息。心理健康和/或发育障碍服务提供者可以询问儿童或青少年是否希望披露其信息。

**第 2 节 - A 部分和 B 部分必须填写，除非：**儿童不符合特定年龄要求（10 岁或 12 岁）；儿童不愿或不能填写本节；儿童未确认任何受保护的服务；儿童未确认任何心理健康或发育障碍服务；或者，儿童的父母/监护人/法定授权代表拒绝 HHCM 单独与儿童会面审阅第 2 节。如果任何上述原因适用，HHCM 必须在儿童的记录中清楚地记下原因，并填写适用于第 2 节的 Health Home 护理管理跟踪表，并在一段时间后继续尝试获取此信息，以帮助会员协调这些服务。

**第 2 节 - A 部分：**

本人，\_\_\_\_\_，理解：本人可在本人的父母、监护人或法定授权代表不知情的情况下同意接受某些类型  
儿童姓名

的医疗服务。这些服务包括：计划生育；紧急避孕；堕胎；HIV 检测和治疗提供者；HIV 暴露前与暴露后预防(PrEP/PEP)；性传播感染检测和治疗；产前护理、分娩/生产；毒品和酒精治疗；性侵犯服务。本人还可以决定谁可以获得和共享与此类服务相关的信息。

如对本节作出任何更改，儿童和 Health Home 护理管理员(HHCM) 必须在下方签上姓名首字母并注明日期。

本人同意与本人的下述父母、监护人或法定授权代表共享此类服务信息。

本人撤销与本人的父母、监护人或法定授权代表共享以下服务信息的授权：

服务类型和提供者和/或机构名称	日期	父母、监护人或法定授权代表姓名	儿童姓名首字母	日期	HHCM 姓名首字母	日期

如对本节作出任何更改，儿童和 Health Home 护理管理员(HHCM) 必须在下方签上姓名首字母并注明日期。

本人同意与下述提供者共享此类服务信息。

本人撤销与提供者共享以下服务信息的授权：

服务类型与提供者和/或机构名称	日期	提供者名称	儿童姓名首字母	日期	HHCM 姓名首字母	日期

**第 2 节 - B 部分:**如果您正在接受心理健康和/或发育障碍服务且年龄在 12 岁以上, 您的提供者可能会询问您是否希望与他人共享您的信息。如果您不同意, 您的提供者可能会: 完全拒绝请求、只发送部分记录或发送您临床记录的摘要。

如对本节作出任何更改, 儿童和 Health Home 护理管理员(HHCM) 必须在下方签上姓名首字母并注明日期。

本人撤销与本人的父母、监护人或法定授权代表共享以下服务信息的授权:

**本人同意与本人的下述父母、监护人或法定授权代表共享信息:**

服务类型与提供者和/或机构名称	日期	父母、监护人或法定授权代表姓名	儿童姓名首字母	日期	HHCM 姓名首字母	日期
心理健康服务:						
发育障碍服务:						

如对本节作出任何更改, 儿童和 Health Home 护理管理员(HHCM) 必须在下方签上姓名首字母并注明日期。

本人撤销与提供者共享以下服务信息的授权:

**本人同意与下述提供者共享此类服务信息:**

服务类型与提供者和/或机构名称	日期	提供者名称	儿童姓名首字母	日期	HHCM 姓名首字母	日期
心理健康服务:						
发育障碍服务:						

签署本同意书的第 2 节即表示本人同意:

1. 本人已有机会查看 Health Home 常见问题解答表, 并且所有问题均已得到解答, 以及
2. Health Home 和本人在本同意书第 2 节提及的任何人都可以共享本人的上述健康信息。他们可以共享本人签署本同意书日期之前和之后的信息。

本人可随时更改本同意书**第 2 节**的内容。如作出更改, 本人必须在这些更改旁 (或在指定方框内) 签上姓名首字母并注明日期。

本人理解, 本同意书**第 2 节**将取代本人此前签署的其他 Health Home 信息共享同意书**第 2 节**。第 2 节长期有效, 直至:

- 本人退出计划, 或
- 本人不再具备参加 Health Home 的资格, 或者
- Health Home 不再运营, 或者
- 本人的父母、监护人或法定授权代表让本人退出 Health Home 计划, 或者
- 本人达到亲自签署同意书的年龄或条件 (填写 DOH-5055)。

儿童正楷姓名

儿童出生日期

儿童签名

日期

HEALTH HOME 护理管理员正楷姓名

HEALTH HOME 护理管理员签名

日期