

Niniejszego formularza należy używać w przypadku zapisywania dzieci poniżej 18. roku życia do Health Home. Niniejszy formularz wskazuje również, komu i jakie informacje dotyczące zdrowia mogą być udostępniane.

*** [Uwaga: niniejszy formularz nie powinien być stosowany w przypadku dzieci poniżej 18. roku życia, które są rodzicami, są w ciąży i/lub pozostają w związku małżeńskim bądź w inny sposób są zdolne do wyrażenia zgody. W takim przypadku należy użyć formularza zgody na udostępnianie informacji pacjenta Health Home (DOH-5055)].**

Instrukcje dla rodzica / opiekuna / upoważnionego przedstawiciela:

Sekcja 1 niniejszego formularza powinna zostać wypełniona przez rodzica, opiekuna lub upoważnionego przedstawiciela dziecka. Do celów udostępniania informacji dotyczących zdrowia upoważniony przedstawiciel to „osoba lub instytucja upoważniona przez prawo stanowe, plemienne, wojskowe lub inne obowiązujące prawo, nakaz sądowy lub zgodę do działania w imieniu osoby w celu udostępnienia informacji medycznych”. Należy wymienić wszystkich usługodawców w zakresie ochrony zdrowia dziecka, którzy mogą udostępniać informacje dotyczące zdrowia dziecka. Udostępniane informacje dotyczące zdrowia mogą pochodzić z okresu przed datą podpisania niniejszego formularza oraz po niej. Wskazani usługodawcy mogą udostępniać te informacje między sobą oraz wskazanej poniżej instytucji zarządzającej opieką nad dzieckiem. Mogą przekazywać informacje na temat dziecka innym osobom tylko na podstawie Twojej zgody lub w przypadkach wskazanych w przepisach prawa. Dziecko może zachować w tajemnicy wszelkie informacje o usługach, na które wyraziło zgodę, wymienionych w sekcji 2, w tym o planowaniu rodziny i antykoncepcji awaryjnej, aborcji, badaniach i leczeniu chorób przenoszonych drogą płciową, testach na obecność wirusa HIV i leczeniu, zapobieganiu HIV, opiece prenatalnej, usługach związanych z porodem, leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu oraz usługach wsparcia dla ofiar napaści seksualnych. W przypadku wyrażenia zgody na którekolwiek z tych usług dla dziecka możesz być upoważniony/upoważniona do wyrażenia zgody na ujawnienie informacji dotyczących tych usług i możesz wymienić usługodawców w tej sekcji. **Uwaga:** do ujawnienia tych informacji konieczna może być również zgoda dziecka.

Sekcja 2 niniejszego formularza jest wypełniana oddzielnie przez dziecko w obecności kierownika opieki. *Dzieci w wieku lat 10 lub starsze mogą wyrazić zgodę na udostępnianie lub wstrzymanie informacji dotyczących określonych rodzajów usług chronionych. Ponadto jeśli dziecko lub nastolatek korzysta ze świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego lub niepełnosprawności rozwojowej i jest w wieku powyżej 12 lat, usługodawca świadczący usługi w zakresie zdrowia psychicznego i/lub niepełnosprawności rozwojowej może zapytać dziecko lub nastolatka, czy chce, aby ujawniono informacje na jego temat.*

Instrukcje dla kierownika opieki: *Sekcja 1* jest wypełniana przez rodzica, opiekuna prawnego lub upoważnionego przedstawiciela dziecka. Wskazuje ona wszystkich usługodawców w zakresie ochrony zdrowia dziecka, którzy mogą udostępniać informacje dotyczące zdrowia dziecka. Instytucję zarządzającą opieką nad dzieckiem należy wskazać na liście poniżej. Wskazani usługodawcy mogą udostępniać wszelkie informacje dotyczące zdrowia, z wyjątkiem informacji, na których udostępnienie dziecko może wyrazić zgodę samodzielnie, w tym o planowaniu rodziny i antykoncepcji awaryjnej, aborcji, badaniach i leczeniu chorób przenoszonych drogą płciową, testach na obecność wirusa HIV i leczeniu, zapobieganiu HIV, opiece prenatalnej, usługach związanych z porodem, leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu oraz usługach wsparcia dla ofiar napaści seksualnych. Jeśli rodzic, opiekun lub upoważniony przedstawiciel wyraził zgodę na aborcję, badanie i leczenie zakażeń przenoszonych drogą płciową, testy na obecność wirusa HIV i leczenie, zapobieganie HIV lub leczenie uzależnień od narkotyków i alkoholu w imieniu dziecka, informacje te mogą zostać ujawnione tylko wówczas, gdy dziecko wyrazi również zgodę na ich ujawnienie w *sekcji 2*. Skopiuj poniższą stronę, jeśli to konieczne, aby uwzględnić wszystkich uzgodnionych usługodawców. W przypadku konieczności aktualizacji tej listy w przyszłości (dodanie lub usunięcie nazwiska/nazwy), rodzic / opiekun / upoważniony przedstawiciel powinien wybrać opcję **DODAJ** lub **USUŃ**, a następnie parafować i opatrzyć datą każdy nowy wpis lub pominięcie. *HHCM musi również zaparafować każdą wprowadzoną zmianę.*

Instrukcje dla uczestniczącego usługodawcy: Jeśli Twoje imię i nazwisko lub nazwa instytucji są wymienione w *sekcji 1*, możesz udostępniać wszelkie informacje dotyczące zdrowia dziecka, z wyjątkiem informacji, na których udostępnienie dziecko może wyrazić zgodę samodzielnie, w tym o planowaniu rodziny i antykoncepcji awaryjnej, aborcji, badaniach i leczeniu chorób przenoszonych drogą płciową, testach na obecność wirusa HIV i leczeniu, zapobieganiu HIV, opiece prenatalnej, usługach związanych z porodem, leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu oraz usługach wsparcia dla ofiar napaści seksualnych. Możesz udostępnić tylko te informacje, których dotyczy zgoda wyrażona w *sekcji 2* niniejszego formularza. Jeśli rodzic, opiekun lub upoważniony przedstawiciel wyraził zgodę na aborcję, badanie i leczenie zakażeń przenoszonych drogą płciową, testy na obecność wirusa HIV i leczenie, zapobieganie HIV lub leczenie uzależnień od narkotyków i alkoholu w imieniu dziecka, informacje te mogą zostać ujawnione tylko wówczas, gdy dziecko wyrazi również zgodę na ich ujawnienie w *sekcji 2*. W przypadku otrzymania kopii *sekcji 2* niniejszego formularza zgody prosimy o dokładne zapoznanie się z jego treścią, aby zidentyfikować zgodę udzieloną przez dziecko na udostępnianie określonych informacji przez kierownika opieki Health Home. **UWAGA:** Jeśli *sekcja 2* NIE została dostarczona, należy to traktować jako brak zgody dziecka, w związku z tym niniejsze informacje NIE mogą być ujawniane lub udostępniane.

Sekcja 1: Ta sekcja jest wypełniana przez rodzica, opiekuna prawnego lub upoważnionego przedstawiciela dziecka.

Podpisując niniejszy formularz, potwierdzam, że:

1. Wyjaśniono mi, iż wyżej wymienione dziecko kwalifikuje się do pobytu w Health Home.
2. Wyżej wymienione dziecko jest zapisane do wyżej wymienionego Health Home.
3. Miałem/miałam możliwość zapoznania się z arkuszem często zadawanych pytań dotyczących Health Home i uzyskałem/uzyskałam odpowiedzi na moje pytania.
4. Rozumiem, na czym polega program Health Home i jak może pomóc dziecku. Rozumiem, co oznacza zapisanie do Health Home, i wiem, dlaczego informacje dotyczące zdrowia tego dziecka zostaną udostępnione.
5. Health Home i wszelkie inne podmioty wymienione w *sekcji 1* poniżej _____
IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA
mogą udostępniać między sobą informacje dotyczące zdrowia zgodnie z powyższymi instrukcjami w celach związanych z zarządzaniem opieką w ramach programu Health Home. Podmioty te mogą udostępnić informacje pozyskane przed datą podpisania przeze mnie niniejszego formularza i po niej.
6. Health Home może pozyskać informacje dotyczące zdrowia dziecka, w tym dokumentację medyczną od partnerów wymienionych na końcu niniejszego formularza i/lub od innych podmiotów za pośrednictwem następujących systemów elektronicznych:
 - The Statewide Health Information Network for New York (SHIN-NY): System SHIN-NY jest prowadzony przez Departament Zdrowia stanu Nowy Jork (New York State Department of Health). System SHIN-NY gromadzi i przechowuje informacje dotyczące zdrowia, w tym dokumentacje medyczne od lekarzy i usługodawców opieki zdrowotnej;
 - The Psychiatric Services and Clinical Knowledge Enhancement System (PSYCKES): System PSYCKES jest prowadzony przez Urząd ds. Zdrowia Psychicznego stanu Nowy Jork (New York State Office Of Mental Health). Gromadzi i przechowuje informacje dotyczące leczenia zdrowia psychicznego od lekarzy i usługodawców opieki zdrowotnej, którzy należą do programu Medicaid;
 - TABS/CHOICES: System TABS/CHOICES jest prowadzony przez Urząd ds. Osób z Niepełnosprawnością Rozwojową stanu Nowy Jork (New York State Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD). System TABS/CHOICES: gromadzi i przechowuje informacje o osobach z niepełnosprawnościami rozwojowymi i/lub intelektualnymi (I/DD) obsługiwanych przez system służb OPWDD.
7. Dodatkowo Health Home w razie potrzeby może udostępnić informacje na temat dziecka lokalnemu pojedynczemu punktowi dostępu (Single Point of Access, SPOA) w celu wsparcia kierownika opieki Health Home w koordynacji dostępu do niezbędnych usługi w zakresie zdrowia psychicznego. SPOA może mieć dostęp do danych na podstawie ust. 41.05 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Mental Hygiene Law) oraz zgodnie z ust. 41.07 i 41.13. Zgoda na kontakt ze SPOA może być udzielona na stronie usługodawcy poniżej.

Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy formularz zgody zastępuje inne formularze zgody na udostępnianie informacji Health Home, które mogłem/mogłam podpisać wcześniej w imieniu dziecka. Niniejsza zgoda jest ważna do czasu, aż:

- dziecko zostanie wycofane z programu;
- dziecko przestanie spełniać warunki pobytu w Health Home;
- Health Home przestanie pełnić swą funkcję lub
- dziecko osiąga wiek lub znajduje się w sytuacji, w której może samodzielnie wyrazić zgodę (wypełnić DOH-5055).

Mogę zmienić niniejszy formularz w dowolnej chwili. W przypadku wprowadzenia zmian zaparafuję je i opatrę datą, zgodnie ze wskazaniem (lub w wyznaczonym polu). Zawsze mogę wycofać niniejszą zgodę w imieniu dziecka, kontaktując się z kierownikiem opieki, instytucją zarządzającą opieką lub Health Home.

Mam świadomość, że jeśli nie podpiszę niniejszego formularza zgody, informacje na temat dziecka nie będą udostępniane.

IMIĘ I NAZWISKO RODZICA, OPIEKUNA LUB UPOWAŻNIONEGO PRZEDSTAWICIELA
DZIECKA DRUKOWANYMI LITERAMI

RELACJA RODZICA, OPIEKUNA LUB PRAWNIE UPOWAŻNIONEGO PRZEDSTAWICIELA
Z DZIECKIEM

PODPIS RODZICA, OPIEKUNA LUB UPOWAŻNIONEGO PRZEDSTAWICIELA DZIECKA

DATA

W razie potrzeby skopiuj niniejszą stronę, aby wymienić wszystkich uczestniczących partnerów i inne podmioty zatwierdzone przez rodzica, opiekuna lub upoważnionego przedstawiciela członka.

	W przypadku wystąpienia JAKICHKOLWIEK zmian w tej stronie rodzic, opiekun lub upoważniony przedstawiciel MUSI zaznaczyć, czy zmiana polega na DODANIU czy USUNIĘCIU usługodawcy, oraz opatrzyć zmianę PARAFKĄ obok zmiany w poniższym polu. Zmiany muszą być ZAPARAFOWANE również przez kierownika opieki Health Home (HHCM).			
	Dodaj lub usuń	Data zmiany	Inicjały rodzica, opiekuna lub upoważnionego przedstawiciela	Inicjały HHCM
Instytucja zarządzająca opieką Health Home:	<input type="checkbox"/> Dodaj			
	<input type="checkbox"/> Usuń			
Plan opieki zarządzany przez Medicaid:	<input type="checkbox"/> Dodaj			
	<input type="checkbox"/> Usuń			
Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki medycznej:	<input type="checkbox"/> Dodaj			
	<input type="checkbox"/> Usuń			
Nazwa szpitala:	<input type="checkbox"/> Dodaj			
	<input type="checkbox"/> Usuń			
Nazwa placówki opieki zastępczej:	<input type="checkbox"/> Dodaj			
	<input type="checkbox"/> Usuń			
Nazwa usługodawcy w zakresie zdrowia behawioralnego:	<input type="checkbox"/> Dodaj			
	<input type="checkbox"/> Usuń			
Nazwa SPOA/LGU (pojedynczy punkt dostępu / lokalna jednostka administracyjna):	<input type="checkbox"/> Dodaj			
	<input type="checkbox"/> Usuń			
Nazwa usługodawcy:	<input type="checkbox"/> Dodaj			
	<input type="checkbox"/> Usuń			
Nazwa usługodawcy:	<input type="checkbox"/> Dodaj			
	<input type="checkbox"/> Usuń			
Nazwa usługodawcy:	<input type="checkbox"/> Dodaj			
	<input type="checkbox"/> Usuń			
Nazwa usługodawcy:	<input type="checkbox"/> Dodaj			
	<input type="checkbox"/> Usuń			
Nazwa usługodawcy:	<input type="checkbox"/> Dodaj			
	<input type="checkbox"/> Usuń			
Nazwa usługodawcy:	<input type="checkbox"/> Dodaj			
	<input type="checkbox"/> Usuń			
Nazwa usługodawcy:	<input type="checkbox"/> Dodaj			
	<input type="checkbox"/> Usuń			
Nazwa usługodawcy:	<input type="checkbox"/> Dodaj			
	<input type="checkbox"/> Usuń			

WYPEŁNIAĆ WYŁĄCZNIE Z DZIECKIEM

Sekcja 2: Aby zapoznać się i wypełnić niniejszą sekcję, dziecko / osoba młodociana musi być w wieku co najmniej 10 lat.

Instrukcje: Sekcję 2 należy wypełnić po wypełnieniu i podpisaniu sekcji 1 przez wszystkie wymagane strony. Aby wypełnić sekcję 2, dziecko / osoba młodociana musi mieć co najmniej 10 lat. Sekcja 2 niniejszego formularza powinna być wypełniana przez kierownika opieki Health Home wraz z dzieckiem. Aby zapewnić poufność informacji, formularz należy wypełnić na osobności, bez udziału rodzica, opiekuna lub upoważnionego przedstawiciela dziecka.

Sekcja 2 – Część A: dzieci w wieku lat 10 lub starsze mogą wyrazić zgodę na udostępnianie lub wstrzymanie informacji dotyczących określonych rodzajów usług chronionych na następujących zasadach: planowanie rodziny, antykoncepcja awaryjna, aborcja, usługodawcy w zakresie testów na obecność wirusa HIV i leczenia, zapobieganie zakażeniu wirusem HIV przed potencjalnym kontaktem i po nim (PrEP/PEP), badanie i leczenie chorób przenoszonych drogą płciową: opieka prenatalna, poród, leczenie uzależnienia od narkotyków i alkoholu, usługi wsparcia dla ofiar napaści seksualnych.

Sekcja 2 – Część B: dzieci w wieku lat 12 lub starsze mogą wyrazić zgodę na udostępnianie lub wstrzymanie informacji dotyczących otrzymywanych usług w zakresie zdrowia psychicznego lub niepełnosprawności rozwojowej. Usługodawca w zakresie zdrowia psychicznego i/lub niepełnosprawności rozwojowej może zapytać dziecko lub nastolatka, czy chce, aby informacje na jego temat były ujawnione.

Sekcja 2 – Części A i B MUSZĄ zostać wypełnione, chyba że: dziecko nie spełnia określonego wymogu wiekowego (wiek 10 lub 12 lat), dziecko nie chce lub nie jest w stanie wypełnić tej sekcji, dziecko nie wskazuje żadnych usług chronionych, dziecko nie wskazuje żadnych usług w zakresie zdrowia psychicznego lub niepełnosprawności rozwojowej LUB rodzic / opiekun / upoważniony przedstawiciel dziecka odmówił zgody na indywidualne spotkanie HHCM z dzieckiem w celu przeglądu sekcji 2. W takim wypadku HHCM **MUSI** jasno udokumentować powody w dokumentacji dotyczącej dziecka oraz wypełnić *Health Home Care Management Tracker dla sekcji 2* i kontynuować próby pozyskania tych informacji w późniejszym terminie, aby ułatwić członkowi koordynację tych usług.

SEKCJA 2 – CZĘŚĆ A:

Ja, _____, mam świadomość, że wyrażam zgodę na określone usługi opieki zdrowotnej bez wiedzy mojego rodzica,

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA

opiekuna lub upoważnionego przedstawiciela. Te usługi to: planowanie rodziny, antykoncepcja awaryjna, aborcja, usługodawcy w zakresie testów na obecność wirusa HIV i leczenia, zapobieganie zakażeniu wirusem HIV przed potencjalnym kontaktem i po nim (PrEP/PEP), badanie i leczenie chorób przenoszonych drogą płciową: opieka prenatalna, poród, leczenie uzależnienia od narkotyków i alkoholu, usługi wsparcia dla ofiar napaści seksualnych. **Mogę również podjąć decyzję, kto może uzyskać i udostępnić moje informacje na temat tych usług.**

Wszelkie zmiany dokonane w tej sekcji muszą być poniżej zaparafowane i opatrzone datą przez dziecko i kierownika opieki Health Home (HHCM).

Wycofuję swą zgodę na udostępnianie następujących informacji o tych usługach mojemu rodzicowi, opiekunowi lub upoważnionemu przedstawicielowi:

Możliwe jest udostępnianie informacji o tych usługach mojemu rodzicowi, opiekunowi lub upoważnionemu przedstawicielowi wskazanemu poniżej.

Rodzaje usług i nazwy usługodawców lub instytucji	Data	Imię i nazwisko rodzica, opiekuna lub upoważnionego przedstawiciela	Inicjały dziecka	Data	Inicjały HHCM	Data

Wszelkie zmiany dokonane w tej sekcji muszą być poniżej zaparafowane i opatrzone datą przez dziecko i kierownika opieki Health Home (HHCM).

Wycofuję swą zgodę na udostępnianie następujących informacji o tych usługach usługodawcy:

Możliwe jest udostępnianie informacji o tych usługach moim usługodawcom wymienionym poniżej.

Rodzaje usług i nazwy usługodawcy i/lub instytucji	Data	Nazwa(-y) usługodawcy(-ów)	Inicjały dziecka	Data	Inicjały HHCM	Data

SEKCJA 2 – CZĘŚĆ B: jeśli otrzymujesz usługi w zakresie zdrowia psychicznego i/lub niepełnosprawności rozwojowej i masz więcej niż dwanaście lat, usługodawca może Cię zapytać, czy chcesz, aby Twoje informacje były udostępniane innym podmiotom. Jeśli nie wyrazisz zgody, Twój usługodawca może odrzucić wniosek w całości, przesłać tylko część dokumentacji lub przesłać podsumowanie Twojej dokumentacji medycznej.

Wszelkie zmiany dokonane w tej sekcji muszą być poniżej zaparafowane i opatrzone datą przez dziecko i kierownika opieki Health Home (HHCM).

Wycofuję swą zgodę na udostępnianie następujących informacji o tych usługach mojemu rodzicowi, opiekunowi lub upoważnionemu przedstawicielowi:

Możliwe jest udostępnianie informacji o tych usługach mojemu rodzicowi, opiekunowi lub upoważnionemu przedstawicielowi wskazanemu poniżej:

Rodzaje usług i nazwy usługodawcy i/lub instytucji	Data	Imię i nazwisko rodzica, opiekuna lub upoważnionego przedstawiciela	Inicjały dziecka	Data	Inicjały HHCM	Data
Usługi w zakresie zdrowia psychicznego:						
Usługi w zakresie niepełnosprawności rozwojowej:						

Wszelkie zmiany dokonane w tej sekcji muszą być poniżej zaparafowane i opatrzone datą przez dziecko i kierownika opieki Health Home (HHCM).

Wycofuję swą zgodę na udostępnianie następujących informacji o tych usługach usługodawcy:

Możliwe jest udostępnianie informacji o tych usługach usługodawcom wymienionym poniżej:

Rodzaje usług i nazwy usługodawcy i/lub instytucji	Data	Nazwa(-y) usługodawcy(-ów)	Inicjały dziecka	Data	Inicjały HHCM	Data
Usługi w zakresie zdrowia psychicznego:						
Usługi w zakresie niepełnosprawności rozwojowej:						

Podpisując sekcję 2 niniejszego formularza, potwierdzam, że:

- Miałem/miałam możliwość zapoznania się z arkuszem często zadawanych pytań dotyczących Health Home i uzyskałem/uzyskałam odpowiedzi na moje pytania oraz
- Health Home i podmioty, które wymieniłem/wymieniłam w sekcji 2 niniejszego formularza, mogą udostępniać moje informacje dotyczące zdrowia wymienione powyżej. Podmioty te mogą udostępniać informacje pozyskane przed datą podpisania przeze mnie niniejszego formularza i po niej.

Mogę zmienić **sekcję 2** niniejszego formularza w dowolnej chwili. W przypadku wprowadzenia zmian obok nich (lub w wyznaczonym polu) umieszczę parafkę i datę.

Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy formularz zgody, **Sekcja 2**, zastępuje inne formularze zgody na udostępnianie informacji zdrowotnych, **Sekcja 2**, które podpisałem/podpisałam wcześniej. Sekcja 2 jest ważna do czasu:

- wycofania mojej zgody;
- momentu, w którym przestanę spełniać warunki pobytu w Health Home;
- Health Home przestanie pełnić swą funkcję lub
- gdy mój rodzic, opiekun lub upoważniony przedstawiciel wypiszą mnie z programu Health Home lub
- gdy osiągnę wiek lub znajdę się w sytuacji, w której mogę samodzielnie wyrazić zgodę (wypełnić DOH-5055).

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA DRUKOWANYMI LITERAMI

DATA URODZENIA DZIECKA

PODPIS DZIECKA

DATA

IMIĘ I NAZWISKO KIEROWNIKA OPIEKI HEALTH HOME DRUKOWANYMI LITERAMI

PODPIS KIEROWNIKA OPIEKI HEALTH HOME DRUKOWANYMI LITERAMI

DATA