

**Formulaire de consentement
Retrait de l'inscription à Health Home (maison de santé)
et du partage d'informations
À utiliser avec les enfants de moins de 18 ans**

Instructions : Ce formulaire doit être utilisé pour les enfants de moins de 18 ans qui ont été inscrits à Health Home (maison de santé) et qui ont complété le *Formulaire de consentement/inscription/à utiliser pour les enfants de moins de 18 ans* (DOH 5200) et le *Formulaire de consentement/partage d'informations/à utiliser avec les enfants de moins de 18 ans* (DOH 5201)*. Ce formulaire sert à se désinscrire de Health Home (maison de santé) et à retirer le consentement de diffuser des informations relatives à la santé des enfants qui étaient inscrits à Health Home (maison de santé). Le retrait du consentement pour les enfants de moins de 18 ans doit être donné par un parent, un tuteur ou un représentant légalement autorisé. Un représentant légalement autorisé est défini comme « une personne ou un organisme autorisé par la loi de l'État, tribale, martiale, ou autre loi applicable, une ordonnance judiciaire ou le consentement d'agir au nom d'une personne pour prendre des décisions en matière de santé ».

***[Veuillez noter que les enfants qui sont parents, enceintes, et/ou mariés et qui peuvent donner leur consentement, ne doivent pas utiliser ce formulaire pour quitter la maison de santé et retirer leur consentement à diffuser des informations relatives à leur santé. Ils doivent plutôt utiliser le *Formulaire de partage des informations du patient - Retrait de Consentement (DOH 5058)*].**

NOM DE HEALTH HOME (MAISON DE SANTÉ) EN MAJUSCULES

NOM DE L'ENFANT EN LETTRES MAJUSCULES

DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT

En signant ce formulaire je déclare que je ne veux pas que l'enfant mentionné ci-dessus soit intégré à _____ Health Home (maison de santé).
NOM DE HEALTH HOME (MAISON DE SANTÉ)

En signant ce formulaire, je comprends qu'à partir de la date de signature de ce formulaire :

- Je retire ma permission pour que Health Home (maison de santé) puisse partager les informations relatives à la santé de cet enfant avec les prestataires et autres personnes du programme de Health Home (maison de santé), y compris tous ceux dont les noms sont mentionnés dans le *Formulaire de consentement/de partage des informations/à utiliser avec les enfants de moins de 18 ans* (DOH 5201)
- Les prestataires qui ont déjà des informations sur la santé de cet enfant n'ont pas à les remettre à l'enfant ou à moi-même, ou à les sortir de leurs dossiers ;
- Ces informations seront protégées par les lois et règles Fédérales et de New York State (État de New York) ; et
- Cet enfant peut toujours recevoir des soins de santé ou d'autres services de gestion des soins.

NOM DU PARENT, DU TUTEUR, OU DU REPRÉSENTANT
LÉGALEMENT AUTORISÉ DE L'ENFANT EN MAJUSCULE

RELATION AVEC L'ENFANT DU PARENT, DU TUTEUR, OU DU REPRÉSENTANT
LÉGALEMENT AUTORISÉ DE L'ENFANT

SIGNATURE DU PARENT, DU TUTEUR, OU DU REPRÉSENTANT LÉGALEMENT AUTORISÉ DE L'ENFANT

DATE

Détails relatifs aux informations de santé et à la procédure de retrait du consentement

1. Comment Health Home (maison de santé) et les médecins utiliseront-ils les informations relatives à la santé de cet enfant à l'avenir ?

Health Home (maison de santé) et les médecins ne peuvent plus partager ou utiliser les informations relatives à la santé de cet enfant.

2. Qu'arrivera-t-il aux informations de santé de cet enfant ?

Les informations sur la santé de cet enfant seront conservées par les prestataires qui en sont déjà en possession, mais ils doivent les protéger en suivant toutes les lois et règles de New York State (État de New York).

3. Quelles sont les lois et règles qui régissent la façon dont les informations de santé peuvent être partagées ?

Ces lois et règlements sont la loi de l'éducation de New York Article 6530(23), la loi sur l'hygiène mentale Article 33.13, la loi sur la santé publique de New York Article 27-F, la loi fédérale sur la transférabilité et la redevabilité en matière d'assurance maladie (HIPAA) de 1996, 45 CFR Parties 160 et 164 et les règlements fédéraux sur la confidentialité dans 42 CFR Partie 2.

4. Qui peut partager les informations de cet enfant après avoir retiré mon consentement ?

À compter de la date de signature de ce formulaire, personne ne peut obtenir de nouvelles informations au sujet de cet enfant.

5. Et si quelqu'un utilise les informations de cet enfant sans ma permission ?

Si vous pensez que quelqu'un a utilisé vos informations sans votre autorisation, vous pouvez :

- Appeler la ligne d'Assistance Medicaid au 1-800-541-2831, ou
- Contacter le US Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (Département de la santé et des services sociaux des États-Unis, Bureau des droits civils) au 1-800-368-1019, ou envoyer une plainte écrite à : <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>

Vous pouvez également :

- Appeler un des prestataires à qui vous aviez donné l'autorisation de voir vos dossiers,
- Appeler votre gestionnaire de soins ou votre Health Home (maison de santé) : _____ à _____, ou
- Appeler votre système de soins si vous appartenez à un plan de soins gérés.

6. Quelle est la durée de mon annulation de consentement ?

Votre retrait de consentement durera pour toujours. Cependant, si vous changez d'avis, veuillez informer l'assurance maladie de cet enfant, son docteur ou son ancien Health Home (maison de santé) de votre intention que cet enfant soit à nouveau dans un programme de santé. En cas d'inscription dans le futur, de nouveaux formulaires de consentement doivent être signés.

7. Comment obtenir une copie de ce formulaire ?

Après avoir signé ce formulaire de consentement, une copie vous sera remise.