

التسجيل في برنامج Health Home والموافقة على مشاركة المعلومات للاستخدام مع الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا

يجب استخدام هذا النموذج للأطفال الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا للتسجيل في Health Home. يوضح هذا النموذج أيضًا ما يمكن مشاركته من المعلومات الصحية ومع من.

*يرجى ملاحظة أن الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا ويكونوا أولياء أمور و/أو حوامل و/أو متزوجين، والقادرين على الموافقة بخلاف ذلك، ينبغي ألا يستخدموا هذا النموذج. بدلاً من ذلك، يجب عليهم استخدام نموذج الموافقة على مشاركة معلومات المريض في برنامج (Health Home (DOH 5055).

تعليمات لولي الأمر/الوصي/الممثل المفوض قانونًا:

ينبغي إكمال القسم 1 من هذا النموذج بواسطة ولي أمر الطفل أو الوصي عليه أو ممثله المفوض قانونًا. يُعرّف الممثل المفوض قانونًا لغرض مشاركة المعلومات الصحية على أنه "شخص أو وكالة مخولة من قبل الولاية أو القبيلة أو الجيش أو أي قانون آخر معمول به أو أمر محكمة أو موافقة للتصرف نيابة عن شخص للإفصاح عن المعلومات الطبية". ضع قائمة بجميع مقدمي الرعاية الصحية للطفل الذين يمكنهم مشاركة المعلومات الصحية للطفل. قد تكون المعلومات الصحية التي يشاركونها من قبل وبعد تاريخ توقيعك على هذا النموذج. يمكن لمقدمي الخدمات هؤلاء مشاركة هذه المعلومات مع بعضهم البعض ومع وكالة إدارة رعاية الطفل المدرجة أدناه. ولكن لا يمكنهم إعطاء معلومات الطفل لأشخاص آخرين ما لم توافق، أو بنص القانون على ذلك. يمكن للطفل الحفاظ على خصوصية أي معلومات حول الخدمات التي يوافق عليها الطفل الموضحة في القسم 2، بما في ذلك تنظيم الأسرة وسائل منع الحمل الطارئة والإجهاض وفحص العدوى المنقولة جنسيًا وعلاجها، وفحص فيروس نقص المناعة البشرية وعلاجها، والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية، ورعاية ما قبل الولادة، وخدمات المخاض والولادة، وخدمات المخاض والولادة والعلاج من إدمان العقاقير أو الكحوليات وخدمات حالات الاعتداء الجنسي. إذا وافقت على أي من هذه الخدمات للطفل، فقد يكون لديك السلطة للموافقة على كشف المعلومات المتعلقة بهذه الخدمات ويمكنك إدراج مقدمي الخدمات في هذا القسم. **ملحوظة:** قد يتعين على الطفل الموافقة على نشر هذه المعلومات أيضًا.

يتم إكمال القسم 2 من هذا النموذج بشكل منفصل بواسطة الطفل مع مدير الرعاية. يمكن للأطفال الذين تبلغ أعمارهم 10 أعوام أو أكثر الموافقة على مشاركة المعلومات أو حجبتها فيما يتعلق بأنواع معينة من الخدمات المحمية. بالإضافة إلى ذلك، إذا كان الطفل أو المراهق يتلقى على وجه التحديد خدمات للصحة العقلية أو الإعاقات التنموية وكان عمره أكثر من 12 عامًا، فقد يسأل مقدم خدمات الصحة العقلية و/أو الإعاقات التنموية الطفل أو المراهق عما إذا كان يريد الكشف عن معلوماته.

تعليمات لمدير الرعاية: يتم إكمال القسم 1 بواسطة ولي أمر الطفل أو الوصي عليه أو ممثله المفوض قانونًا. يسرد جميع مقدمي الخدمات الصحية الذين يمكنهم مشاركة المعلومات الصحية للطفل. قم بإدراج وكالة إدارة رعاية الطفل كمقدم خدمة أدناه. يمكن لمقدمي الخدمات هؤلاء مشاركة جميع المعلومات الصحية باستثناء أي معلومات حول الخدمات التي يمكن للطفل الموافقة عليها بنفسه، بما في ذلك تنظيم الأسرة أو وسائل منع الحمل الطارئة أو الإجهاض أو فحص العدوى المنقولة جنسيًا وعلاجها أو فحص فيروس نقص المناعة البشرية وعلاجها أو الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية أو رعاية ما قبل الولادة أو خدمات المخاض والولادة أو العلاج من إدمان العقاقير والكحوليات أو خدمات حالات الاعتداء الجنسي. إذا وافق الوالد أو الوصي أو الممثل المفوض قانونًا على الإجهاض أو فحص العدوى المنقولة جنسيًا وعلاجها، أو فحص فيروس نقص المناعة البشرية وعلاجها، أو الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية أو العلاج من إدمان العقاقير والكحوليات نيابة عن الطفل، فلا يمكن الإفصاح عن المعلومات إلا إذا وافق الطفل أيضًا على الإفصاح في القسم 2. انسخ الصفحة أدناه حسب الحاجة لتتمكن من سرد جميع مقدمي الخدمة المتفق عليهم. إذا كانت هذه القائمة بحاجة إلى التحديث في المستقبل (إما لإضافة أو إزالة اسم)، يرجى أن تطلب من ولي الأمر/الوصي/الممثل المفوض قانونًا بتحديد إما "إضافة" أو "إزالة"، ووضع الأحرف الأولى من اسمه والتاريخ بجوار كل إدخال أو حذف جديد. يجب أيضًا أن يضع HHCM الأحرف الأولى من اسمه بجانب كل تغيير يتم إجراؤه.

تعليمات لمقدم الخدمة المشارك: إذا كان اسمك أو اسم وكالتك مدرجًا في القسم 1، يجوز لك الكشف عن المعلومات الصحية للطفل باستثناء أي معلومات حول الخدمات التي يمكن للطفل الموافقة عليها بنفسه، بما في ذلك تنظيم الأسرة أو وسائل منع الحمل الطارئة أو الإجهاض أو فحص العدوى المنقولة جنسيًا وعلاجها أو فحص فيروس نقص المناعة البشرية وعلاجها أو الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية أو رعاية ما قبل الولادة أو خدمات المخاض والولادة أو العلاج من إدمان العقاقير والكحوليات أو خدمات حالات الاعتداء الجنسي. لا يجوز لك الإفصاح عن هذه المعلومات إلا إذا حصلت على إذن للقيام بذلك في القسم 2 من هذا النموذج. إذا وافق الوالد أو الوصي أو الممثل المفوض قانونًا على الإجهاض أو فحص العدوى المنقولة جنسيًا وعلاجها، أو فحص فيروس نقص المناعة البشرية وعلاجها، أو الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية أو العلاج من إدمان العقاقير والكحوليات نيابة عن الطفل، فلا يمكن الإفصاح عن المعلومات إلا إذا وافق الطفل أيضًا على الإفصاح في القسم 2. إذا تقيت نسخة من القسم 2 من نموذج الموافقة هذا، يرجى مراجعته بعناية لتحديد الإذن الذي قدمه الطفل لمدير الرعاية في برنامج Health Home لمشاركة معلومات محددة معك. **ملاحظة:** إذا لم يتم تقديم القسم 2، إذا لم يتم منح الإذن من قبل الطفل، وبالتالي، لا يجوز الإفصاح عن هذه المعلومات أو مشاركتها معك.

القسم 1: يُكمل هذا القسم ولي أمر الطفل أو الوصي عليه أو الممثل المفوض قانونًا من خلال التوقيع على هذا النموذج، أو افق على ما يلي:

1. شُرح لي أن الطفل المذكور أعلاه مؤهل للمشاركة في برنامج Health Home.
2. الطفل المذكور أعلاه مسجل في برنامج Health Home المذكور أعلاه.
3. أُتيح لي الفرصة لمراجعة ورقة الأسئلة الشائعة حول Health Home وتم الرد على أسئلتني.
4. أفهم ما هو برنامج Health Home وكيف يمكن أن يساعد الطفل. أدرك ما يعنيه التسجيل في Health Home ولماذا سنتم مشاركة المعلومات الصحية لهذا الطفل.
5. يمكن لبرنامج Health Home وأي شخص من الأشخاص الذين قمت بتسميتهم في القسم 1 أدناه مشاركة المعلومات الصحية الخاصة ب كما هو موضح في التعليمات أعلاه، مع بعضهم البعض لأغراض إدارة الرعاية في برنامج Health Home. يمكنهم مشاركة المعلومات من قبل أو بعد تاريخ توقيعي على هذا النموذج.
6. قد يحصل برنامج Health Home على المعلومات الصحية للطفل، بما في ذلك السجلات الصحية، من الشركاء المدرجين في نهاية هذا النموذج و/أو من الآخرين من خلال الأنظمة الإلكترونية التالية:
 - شبكة المعلومات الصحية على مستوى الولاية في نيويورك (SHIN-NY): تتم إدارة شبكة SHIN-NY من قبل إدارة الصحة في ولاية نيويورك. تقوم شبكة SHIN-NY بجمع وتخزين المعلومات الصحية، بما في ذلك السجلات الطبية، من الأطباء ومقدمي الرعاية الصحية؛
 - نظام خدمات الطب النفسي وتعزيز المعرفة السريرية (PSYCKES): يعمل نظام PSYCKES تحت إدارة مكتب ولاية نيويورك للصحة العقلية، وهو يجمع ويخزن علاجاتك الصحية من أطبائك ومقدمي الرعاية الصحية التابعين لبرنامج Medicaid؛
 - TABS/CHOICES: تتم إدارة TABS/CHOICES من قبل مكتب ولاية نيويورك للأشخاص ذوي الإعاقات التنموية (OPWDD). يقوم برنامج TABS/CHOICES بجمع وتخزين المعلومات للأشخاص ذوي الإعاقات الذهنية و/أو التنموية (I/DD) التي يتم تقديمها من خلال نظام خدمة OPWDD.
7. بالإضافة إلى ذلك، قد يحتاج Health Home إلى مشاركة معلومات الطفل مع نقطة الوصول الفردية المحلية (SPOA) لمساعدة مدير الرعاية ببرنامج Health Home على تنسيق الوصول إلى خدمات الصحة العقلية اللازمة. يمكن لـ SPOA الاطلاع على البيانات بموجب القسم 41.05 من قانون الصحة العقلية ووفقاً لسلطة القسمين 41.07 و 41.13. يمكن تقديم الإذن للتواصل مع SPOA على صفحة مقدم الخدمة أدناه.

أدرك أن نموذج الموافقة هذا يحل محل نماذج الموافقة على مشاركة المعلومات ببرنامج Health Home الأخرى التي يمكن أن أكون قد وقعتها من قبل نيابةً عن الطفل. تظل هذه الموافقة سارية حتى:

- أسحب الطفل، أو
 - لا يعد الطفل مؤهلاً للمشاركة في برنامج Health Home، أو
 - يتوقف برنامج Health Home عن العمل، أو
 - يصبح الطفل في سن أو وضع يمكنه فيه إعطاء موافقته بنفسه (إكمال DOH-5055)
- يمكنني تغيير هذا النموذج في أي وقت. إذا قمتُ بإجراء تغييرات، يجب أن أضع أول أحرف من اسمي وأكتب التاريخ كما هو موضح (أو داخل المربع المخصص). يمكنني دائماً سحب هذه الموافقة نيابةً عن الطفل عن طريق التواصل مع مدير الرعاية أو وكالة إدارة الرعاية أو برنامج Health Home.

إذا لم أوقع على نموذج الموافقة هذا، فأنا أفهم أنه لن تتم مشاركة معلومات الطفل.

علاقة ولي الأمر أو الوصي أو الممثل المفوض قانونًا بالطفل

اسم ولي أمر الطفل أو الوصي أو الممثل المفوض قانونًا بأحرف واضحة

التاريخ

توقيع ولي أمر الطفل أو الوصي عليه أو الممثل المفوض قانونًا

انسخ هذه الصفحة حسب الضرورة لإدراج جميع الشركاء المشاركين والآخرين المعتمدين من قبل ولي أمر العضو أو الوصي عليه أو ممثله المفوض قانوناً

إذا تم إجراء أي تغييرات على هذه الصفحة في أي وقت، يجب على ولي الأمر أو الوصي أو الممثل المفوض قانوناً تحديد إذا ما كان التغيير يتعلق بإضافة أو إزالة مقدم خدمة، وكتابة التاريخ وأول أحرف من اسمه بجوار التغيير (التغييرات) الذي تم إجراؤه في المربع أدناه. يجب أن يضع مدير الرعاية في برنامج (HHCM) Health Home أول أحرف من اسمه أيضاً على جميع التغييرات.

ضع قائمة بجميع مقدمي الرعاية الصحية للطفل الذين يمكنهم مشاركة المعلومات الصحية للطفل أدناه. قد تكون المعلومات الصحية التي يشاركونها من قبل أو بعد تاريخ توقيعك على هذا النموذج. يمكن لمقدمي الخدمات هؤلاء مشاركة هذه المعلومات مع بعضهم البعض ومع وكالة إدارة رعاية الطفل المدرجة أدناه.

الأحرف الأولى من اسم HHCM	الأحرف الأولى من اسم ولي الأمر أو الوصي أو الممثل المفوض قانوناً	تاريخ التغيير	إضافة أو إزالة	
			إضافة <input type="checkbox"/>	وكالة إدارة الرعاية في برنامج Health Home:
			إزالة <input type="checkbox"/>	
			إضافة <input type="checkbox"/>	خطة الرعاية المُدارة من Medicaid:
			إزالة <input type="checkbox"/>	
			إضافة <input type="checkbox"/>	اسم طبيب الرعاية الأولية:
			إزالة <input type="checkbox"/>	
			إضافة <input type="checkbox"/>	اسم المستشفى:
			إزالة <input type="checkbox"/>	
			إضافة <input type="checkbox"/>	اسم وكالة الرعاية البديلة:
			إزالة <input type="checkbox"/>	
			إضافة <input type="checkbox"/>	اسم مقدم خدمات الصحة السلوكية:
			إزالة <input type="checkbox"/>	
			إضافة <input type="checkbox"/>	اسم SPOA/LGU:
			إزالة <input type="checkbox"/>	
			إضافة <input type="checkbox"/>	اسم مُقدم الخدمة:
			إزالة <input type="checkbox"/>	
			إضافة <input type="checkbox"/>	اسم مُقدم الخدمة:
			إزالة <input type="checkbox"/>	
			إضافة <input type="checkbox"/>	اسم مُقدم الخدمة:
			إزالة <input type="checkbox"/>	
			إضافة <input type="checkbox"/>	اسم مُقدم الخدمة:
			إزالة <input type="checkbox"/>	
			إضافة <input type="checkbox"/>	اسم مُقدم الخدمة:
			إزالة <input type="checkbox"/>	
			إضافة <input type="checkbox"/>	اسم مُقدم الخدمة:
			إزالة <input type="checkbox"/>	
			إضافة <input type="checkbox"/>	اسم مُقدم الخدمة:
			إزالة <input type="checkbox"/>	

يتم إكماله مع الطفل فقط

القسم 2: يجب أن يكون عمر الطفل/الشباب 10 سنوات أو أكثر لمراجعة وإكمال هذا القسم.

التعليمات: ينبغي إكمال القسم 2 بعد إكمال القسم 1 وتوقيعه من قبل جميع الأطراف اللازمة. لإكمال القسم 2، يجب أن يكون الطفل/الشباب في سن العاشرة أو أكبر. ينبغي إكمال القسم 2 من هذا النموذج بواسطة مدير الرعاية ببرنامج Health Home مع الطفل. ينبغي أن يتم إكمال هذا النموذج على انفراد، دون ولي أمر الطفل أو الوصي عليه أو ممثله المفوض قانونًا، للسماح بسرية المعلومات.

القسم 2 - الجزء أ: يمكن للأطفال الذين تبلغ أعمارهم 10 أعوام أو أكثر الموافقة على مشاركة المعلومات أو حجبها فيما يتعلق بأنواع معينة من الخدمات المحمية على النحو التالي: تنظيم الأسرة؛ وسائل منع الحمل الطارئ؛ الإجهاض؛ مقدم (مقدمو) خدمات فحص فيروس نقص المناعة البشرية وعلاجه؛ الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية قبل التعرض وبعد التعرض (PrEP/PEP)؛ فحص وعلاج العدوى المنقولة جنسيًا؛ رعاية ما قبل الولادة، المخاض/الولادة؛ العلاج من إدمان العقاقير والكحوليات؛ خدمات حالات الاعتداء الجنسي.

القسم 2 - الجزء ب: يمكن للأطفال الذين يبلغون من العمر 12 عامًا أو أكثر الموافقة على مشاركة أو حجب المعلومات المتعلقة بخدمات الصحة العقلية أو الإعاقات التنموية التي يتلقونها. يمكن أن يسأل مقدم خدمات الصحة العقلية و/أو الإعاقات التنموية الطفل أو المراهق عما إذا كان يريد الكشف عن معلوماته.

القسم 2 - يجب إكمال الجزأين "أ" و"ب" إلا إذا كان الطفل لا يفي بمتطلبات العمر المحددة (10 أعوام أو 12 عامًا)؛ أو إذا كان الطفل غير راغب أو غير قادر على إكمال هذا القسم؛ أو لم يحدد الطفل أي خدمات محمية؛ أو لم يحدد الطفل أي خدمات تتعلق بالصحة العقلية أو الإعاقات التنموية؛ أو تم رفض الإذن من قبل ولي الأمر/الوصي/الممثل المفوض قانونًا بأن يلتقي HHCM بمفرده مع الطفل لمراجعة القسم 2. في حالة كان أي من هذه الأسباب ينطبق، يجب على HHCM توثيق السبب (الأسباب) بوضوح في سجل الطفل وإكمال تتبع إدارة الرعاية في برنامج Health Home للقسم 2، والاستمرار في محاولات الحصول على هذه المعلومات في تاريخ لاحق لمساعدة العضو في تنسيق هذه الخدمات.

القسم 2 - الجزء أ:

أدرك أنا، _____، أنه يمكنني الموافقة على أنواع معينة من خدمات الرعاية الصحية دون علم ولي أمرى

اسم الطفل

أو الوصي علي أو ممثلي المعتمد قانونًا. وهذه الخدمات هي: تنظيم الأسرة؛ وسائل منع الحمل الطارئ؛ الإجهاض؛ مقدم (مقدمو) خدمات فحص فيروس نقص المناعة البشرية وعلاجه؛ الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية قبل التعرض وبعد التعرض (PrEP/PEP)؛ فحص وعلاج العدوى المنقولة جنسيًا؛ رعاية ما قبل الولادة، المخاض/الولادة؛ العلاج من إدمان العقاقير والكحوليات؛ خدمات حالات الاعتداء الجنسي. يمكنني أيضًا تحديد من يُسمح له بالحصول على معلوماتي حول هذه الخدمات ومشاركتها.

يجب على الطفل ومدير الرعاية في برنامج Health Home (HHCM) وضع أول أحرف من اسميهما على أي تغييرات يتم إجراؤها في هذا القسم وتاريخها أدناه. أسحب إذني بمشاركة المعلومات حول هذه الخدمات مع ولي أمرى أو الوصي علي أو ممثلي المفوض قانونًا، على النحو التالي:

يُسمح بمشاركة المعلومات حول هذه الخدمات مع ولي أمرى أو الوصي علي أو ممثلي المفوض قانونًا المذكور أدناه.

التاريخ	الأحرف الأولى من اسم HHCM	التاريخ	الأحرف الأولى من اسم الطفل	اسم ولي الأمر أو الوصي أو الممثل المفوض قانونًا	التاريخ	أنواع الخدمات واسم (أسماء) مقدم الخدمة و/أو الوكالة

يجب على الطفل ومدير الرعاية في برنامج Health Home (HHCM) وضع أول أحرف من اسميهما على أي تغييرات يتم إجراؤها في هذا القسم وتاريخها أدناه. أسحب إذني بمشاركة المعلومات حول هذه الخدمات مع مقدم الخدمة، على النحو التالي:

يُسمح بمشاركة المعلومات حول هذه الخدمات مع مقدم (مقدمي) الخدمة الخاص بي المذكور أدناه.

التاريخ	الأحرف الأولى من اسم HHCM	التاريخ	الأحرف الأولى من اسم الطفل	اسم مقدم (مقدمي) الخدمة	التاريخ	أنواع الخدمات واسم (أسماء) مقدم الخدمة و/أو الوكالة

القسم 2 - الجزء ب: إذا كنت تتلقى خدمات الصحة العقلية و/أو الإعاقات التنموية، وكان عمرك يزيد عن اثني عشر عامًا، فقد يسألك مقدم الخدمة الخاص بك عما إذا كنت تريد مشاركة معلوماتك مع الآخرين. إذا اعترضت، يجوز لمقدم الخدمة: رفض الطلب تمامًا، أو إرسال جزء فقط من السجل، أو إرسال ملخص لسجلك السريري.

يجب على الطفل ومدير الرعاية في برنامج Health Home (HHCM) وضع أول أحرف من اسميهما على أي تغييرات يتم إجراؤها في هذا القسم وتاريخها أدناه. أسحب إذني بمشاركة المعلومات حول هذه الخدمات مع ولي أمري أو الوصي علي أو ممثلي المفوض قانونًا، على النحو التالي:

يُسمح بمشاركة المعلومات حول هذه الخدمات مع ولي أمري، أو الوصي علي أو ممثلي المفوض قانونًا المذكور أدناه:

التاريخ	الأحرف الأولى من اسم HHCM	التاريخ	الأحرف الأولى من اسم الطفل	اسم ولي الأمر أو الوصي أو الممثل المفوض قانونًا	التاريخ	أنواع الخدمات واسم (أسماء) مقدم الخدمة و/أو الوكالة
						خدمات الصحة العقلية:
						خدمات الإعاقة التنموية:

يجب على الطفل ومدير الرعاية في برنامج Health Home (HHCM) وضع أول أحرف من اسميهما على أي تغييرات يتم إجراؤها في هذا القسم وتاريخها أدناه. أسحب إذني بمشاركة المعلومات حول هذه الخدمات مع مقدم الخدمة، على النحو التالي:

يُسمح بمشاركة المعلومات حول هذه الخدمات مع مقدم (مقدمي) الخدمة المذكور أدناه:

التاريخ	الأحرف الأولى من اسم HHCM	التاريخ	الأحرف الأولى من اسم الطفل	اسم مقدم (مقدمي) الخدمة	التاريخ	أنواع الخدمات واسم (أسماء) مقدم الخدمة و/أو الوكالة
						خدمات الصحة العقلية:
						خدمات الإعاقة التنموية:

من خلال التوقيع على القسم 2 من هذا النموذج، أوافق على ما يلي:

1. أتاحت لي الفرصة لمراجعة ورقة الأسئلة الشائعة حول Health Home وتم الرد على أسئلتني، و
 2. يمكن لبرنامج Health Home وأي شخص قمت بذكره في القسم 2 من هذا النموذج مشاركة معلوماتي الصحية على النحو الوارد أعلاه. يمكنهم مشاركة المعلومات من قبل وبعد تاريخ توقيعي على هذا النموذج.
- يمكنني تغيير القسم 2 من هذا النموذج في أي وقت. إذا قمتُ بإجراء تغييرات، يجب أن أضع أول أحرف من اسمي وأكتب التاريخ بجانب تلك التغييرات (أو داخل المربع المخصص). أفهم أن نموذج الموافقة هذا، القسم 2، يحل محل النماذج الأخرى للموافقة على مشاركة المعلومات في Health Home، القسم 2، التي يمكن أن أكون قد وقعتها من قبل. يظل القسم 2 ساريًا حتى:

- أسحب موافقتي، أو
- لا أعد مؤهلًا للمشاركة في برنامج Health Home، أو
- يتوقف برنامج Health Home عن العمل، أو
- يقوم ولي الأمر أو الوصي أو الممثل المفوض قانونًا بإبغادي من برنامج Health Home، أو
- أصل إلى السن أو الوضع الذي يمكنني فيه إعطاء موافقتي بنفسني (إكمال DOH-5055).

تاريخ ميلاد الطفل

اسم الطفل بأحرف واضحة

التاريخ

توقيع الطفل

اسم مدير الرعاية في برنامج HEALTH HOME بأحرف واضحة

التاريخ

توقيع مدير الرعاية في HEALTH HOME