「健康之家」患者資訊共享同意書

「健康之家」服務提供機構名稱

在本同意書上簽名，即表示您同意加入 _____ 健康之家。為加入「健康之家」（Health Home），所有參與照護的醫療服務提供者及其他人員必須就您的照護互相溝通，彼此分享您的醫療資訊，以便為您提供更好的照護。雖然加入「健康之家」能確保您得到所需的照護，但如果您不簽署這份同意書，或者不想加入 _____ _____ 健康之家，您還是可以得到醫療護理和醫療保險。

本同意書的目的是讓結尾所列的「健康之家」夥伴能取得您的醫療資訊。這些醫療夥伴將可從 _____ _____ 或者由 _____ 或地區性醫療資訊組織（Regional Health Information Organization, RHIO）所管理的電腦系統中取得您的醫療資訊，包括您的病歷在內。RHIO 用電腦系統向您的醫生和其他隸屬於 RHIO 的醫療提供者蒐集您的醫療資訊並加以儲存，包括您的病歷在內。RHIO 只能與您同意查看或取得您的醫療資訊的人共享您的醫療資訊。

本同意書所列的醫療夥伴可以為了提供您照護、管理您的照護或研究您的照護好讓患者能得到更好的醫療護理，而取得、查看、閱讀、複印和分享其所需的關於您的所有醫療資訊。他們所取得、查看、閱讀、複印和分享的醫療資訊可能是在您簽署本同意書之前或之後所產生的資訊。您的病歷可能包含您有過或可能有過的疾病或傷害、檢驗結果（例如 X 光或驗血），以及您目前或曾經服用的藥物等資訊。另外，您的病歷還可能包含以下資訊：

1. 您目前或曾經作為患者參加的酒精或藥物戒斷計畫；
2. 家庭計畫服務，例如避孕及墮胎；
3. 遺傳性疾病；
4. 愛滋病/愛滋病毒帶原；
5. 心理健康狀態；和/或
6. 性傳染病（通過性行為而得到的疾病）。

這些醫療夥伴可以將您的醫療資訊提供給其他參與您照護的醫療提供者或人員 。

根據紐約州及美國法律規定，您的醫療資訊是保密的，不得向他人透露。任何能取得及查看您醫療資訊的醫療夥伴都必須嚴格遵守這些法律。除非您本人或法律同意，否則他們不得將您的資訊提供給他人。無論你的醫療資訊是以電腦或紙本記錄，都是如此。有些法律規範了愛滋病醫療、心理健康紀錄、以及藥物和酒精使用。使用您的醫療資訊的醫療夥伴以及 _____ _____ 健康之家必須遵守這些法律條例。

在您簽名之前，請詳閱本同意書上所有資訊。

☐ **我同意加入_____健康之家，並同意本同意書結尾所列的所有健康之家夥伴，**當他們需要我的醫療資訊以便提供我照護或管理我的照護、查看我的健康保險及承保內容、檢查我是否加入「健康之家」計畫，或進行研究以便為所有患者提供更好的照護時，**可透過** _____ **取得我所有的醫療資訊**。我瞭解除了我的 Medicaid Access NY 同意書外，本同意書將取代我曾簽署過的其他同意書以分享我的醫療資訊。我可以隨時改變主意撤回我的同意，方法是簽一份「撤回同意書」並將它交給任何一個「健康之家」醫療夥伴。

正楷書寫患者姓名	患者出生日期
患者或患者法定代理人簽名	日期
正楷書寫法定代理人姓名（如適用）	法定代理人與患者的關係（如適用）

關於患者資訊及同意程序的詳細說明

1. **醫療夥伴將如何使用我的資訊？**如您同意，醫療夥伴將使用您的資訊來：
   - 提供您醫療護理及管理您的照護；
   - 檢查您是否擁有健康保險、是否加入了健康之家、承保服務項目；以及
   - 進行研究以為患者提供更好的照護。

您的同意並不會讓健康保險業者看到您的資訊並以此來決定是否給您健康保險或支付您的帳單。如想同意另一種用途，可使用健康保險業者所必須使用的另一種同意書。

2. **我的醫療資訊來自何處？**您的醫療資訊來自曾提供您醫療服務或健康保險的場所和人員，其中可能包括醫院、醫生、藥房、檢驗所、健保計畫公司、醫療補助（Medicaid）計畫，以及其他共享醫療資訊的團體。如需索取這些場所及人員的完整名單，請致電 _____ 或與您的照護經理聯繫。

3. **我的醫療資訊的分享方式受哪些法律條例所規範？**這些法律條例包括《紐約心理衛生法第 33.13 條》（New York Mental Hygiene Law Section 33.13）、《紐約公共衛生法第 27-F 條》(New York Public Health Law Article 27-F）以及 1996 年聯邦《健康保險流通與責任法案》（Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA）、聯邦條例第 45 條第 160 與 164 節（45 CFR Parts 160 and 164），以及聯邦保密條例第 42 條第 2 節（42 CFR Part 2）。

4. **如果我同意，誰能取得和查看我的資訊？**唯一能看到您的醫療資訊的人是您同意能取得及查看該資訊的人，例如替「健康之家」醫療夥伴工作並參與您的醫療護理的醫生和其他人員、替照護您的「健康之家」醫療夥伴工作的醫療服務提供者、替照護您的「健康之家」醫療夥伴工作並幫他們檢查您的醫療保險狀態或進行研究以便為所有患者提供更好醫療服務的人員。如果您從不是您一般看診的醫生或醫療提供者處得到醫療服務時（包括新的藥房、新的醫院或其他提供者），他們可能會得到或看到某些資訊，例如您的健保計畫所給付的項目，或者您的「健康之家」服務提供者名稱。

5. **如果有人使用了我的資訊，但我並未同意他們使用，該怎麼辦？**如果您認為有人使用了您的資訊，但您並未同意他們使用，請致電您同意查看您的資訊的任何一個醫療夥伴，或撥打 _____ 電話 _____，或撥打醫療補助計畫服務專線（Medicaid Helpline）1-800-541-2831。

6. **我的同意持續多久有效？** 您的同意會一直有效，直到您撤回您的同意、退出「健康之家」計畫，或該「健康之家」停止運作為止。

7. **假使我後來改變主意想撤回我的同意，該怎麼辦？**您可以隨時改變主意撤回您的同意，方法是簽一份「撤回同意書」並將它交給任何一個「健康之家」醫療夥伴。 如果您同意分享您的資訊，本同意書結尾所列的所有「健康之家」醫療夥伴都將能取得您的醫療資訊。 如果您不再希望本同意書結尾所列的「健康之家」醫療夥伴取得您的醫療資訊，則需要從「健康之家」計畫撤回您的同意。您可以致電 _____ 索取該表格。如有需要，您的照護經理可協助您填寫該表格。註：即使您後來決定撤回您的同意，已經取得您的資訊的服務提供者並不需要將您的資訊返還給您或從他們的記錄中移除。

8. **我如何取得本同意書的副本？**您在同意書上簽名之後可以取得一份副本。

9. _____參與夥伴

如有需要，請複印本頁，以列出所有參與夥伴。

患者姓名縮寫	日期
參與夥伴名稱	
參與夥伴名稱	
參與夥伴名稱	
參與夥伴名稱	
參與夥伴名稱	
參與夥伴名稱	
參與夥伴名稱	
參與夥伴名稱	
參與夥伴名稱	
參與夥伴名稱	
參與夥伴名稱	
參與夥伴名稱	
參與夥伴名稱	
參與夥伴名稱	
參與夥伴名稱	
參與夥伴名稱	
參與夥伴名稱	
參與夥伴名稱	
參與夥伴名稱	
參與夥伴名稱	
參與夥伴名稱	
參與夥伴名稱	
參與夥伴名稱	
參與夥伴名稱	
參與夥伴名稱	