

健康之家供应商组织名称

签署此表格即表明, 我不想再参与 _____ “健康之家”计划。

健康之家名称

因为签署此表格后, 我不再是“健康之家”计划中的一员, 我也将撤回原来的许可, 我不再是“健康之家”计划中的将我的个人健康信息分享给“健康之家”计划的提供商和其他机构, 包括区域卫生信息化组织(RHIO)和/或心理健康办公室(OMH)的 PSYCKES 计算机系统, 和/或发育障碍人类办公室的 TABS/CHOICES 计算机系统。如果我与RHIO和/或PSYCKES和/或TABS/CHOICES签署过单独的同意书, 则我将继续允许提供商和其他人通过RHIO和/或PSYCKES和/或TABS/CHOICES分享我的个人健康信息。我了解, 那些已拥有我的健康信息的提供商不一定需要把信息还给我或把信息从他们的记录中删除。但是, 在我签署这份表格之日后, “健康之家”提供商将不可再获取、查看、读取、复制和分享我的健康信息。我知道, “个人健康信息”可包括身体健康信息、心理健康信息、发育障碍、关于酗酒或吸毒治疗信息和/或HIV/AIDS信息。

我知道, 我的个人健康信息仍然会受到纽约州以及美国法律法规的保护。目前拥有我个人健康信息的Health Home (健康之家) 合作伙伴必须遵守所有此类法律法规。

我也知道, 终止参与“健康之家”计划并不妨碍我获得医疗保健或其他直接护理管理服务。

现以此方式撤销我之前签署的所有“健康之家”同意书。

患者姓名

患者出生日期

患者或患者的法定代理人签名

日期

印刷体书写法定代理人姓名(如果适用)

法定代理人 and 患者之间的关系(如果适用)

有关患者信息和撤回同意过程细节

1. 合作伙伴如何进一步使用我的信息?

合作伙伴不再能使用你的健康信息。

2. 如何处理我的健康信息?

已经拥有你健康信息的供应商将保存你的信息, 但是他们仍然必须遵守纽约州和美国的所有法律法规对信息加以保护。

3. 哪些法律法规规定了 my 健康信息可以如何共享?

这些法律法规包括纽约教育法6530(23)章、精神保健法第33.13章、纽约公共健康法第27-F条、1996年联邦健康保险可携性及问责法(HIPAA)、联邦条例(CFR)第45款第160和164节以及CFR第42款第2节的联邦保密法规。

4. 在我撤回同意之后, 哪些人能得到和看到我的信息?

谁也不能获得关于你的健康的任何新信息, 但是已披露的信息无法收回。能看到已披露的信息的人有: 在你签署退出“健康之家”之前的合作伙伴, 比如医生和“健康之家”合作伙伴的工作人员以及给你提供医疗保健的人员; 给你提供医疗保健的“健康之家”合作伙伴的保健服务供应商; 给你提供医疗保健的“健康之家”合作伙伴中负责核对你的健康保险或负责研究和改善面向所有患者的医疗服务的人员。此外, 如果给你提供医疗服务的不是你惯常的医生或供应商, 比如新的药店、新医院或其他的供应商, 那么你的一些信息, 像你的健康计划的支付情况或你的“健康之家”供应商的名称, 可能他们已经得到或看到。

5. 如果某人未经我同意使用我的信息, 当如何处理?

如果发生这种情况, 您可以:

- 拨打 Medicaid 医疗补助帮助热线 1-800-541-2831, 或
- 拨打 1-800-368-1019 联系 US Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (美国卫生和人类服务部民权办公室), 或提交书面投诉:

<https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>

您或许也想:

- 联系已获得您许可, 可以查看您的记录的服务提供商,
- 联系您的护理经理或者 Health Home (健康之家): _____ 电话是 _____, 或
- 联系您的护理管理计划(如果您属于该计划)。

6. 撤销同意会持续多久？

您签署的撤销协议会一直有效,直到您再重新签署一份新的Health Home (健康之家)同意书。

7. 如果我后来改变主意了,想再加入Health Home (健康之家)并同意分享我的健康信息,应该怎么做？

如果您改变主意的话,联系您的健康计划或之前的Health Home (健康之家),让他们知道您又有意加入Health Home (健康之家)。

8. 我如何获得此表格的副本？

在您签署了本撤销同意书之后,要求一份副本,他们就会给您。