纽约州卫生部
Office of Health Insurance Programs（健康保险计划办公室）

Health Home（健康之家）同意书
信息分享
供18岁以下未成年人使用

说明：该表格须给18岁以下且使用《Health Home（健康之家）同意书/登记表/用于18岁以下未成年人（DOH 5200）》参与健康之家的未成年儿童*。本表格概述了可以共享哪些健康信息以及可以与谁共享健康信息。表格第一部分应由未成年人的父母、监护人或者法定代表人填写。健康信息分享的法定代表人是指"由州法、部落法、军事法或其他适用法律以及法院命令或同意书授权代表个人披露医疗信息的个人或机构"。该表格的第二部分由孩子与护理经理单独填写。

***[请注意，已为父母、已怀孕和/或已婚以及能够表示同意的未成年人不应使用本表格。而是他们须使用**《*Health Home*（健康之家）患者信息分享同意书**（DOH 5055）**》]。

请用正楷书写Health Home（健康之家）名称

请用正楷书写儿童姓名

儿童出生日期

第一部分：

适用于父母/监护人/法定代表人的说明：列出能够分享孩子健康信息的所有儿童健康提供商。他们分享的健康信息可以是您签署本表格之前和之后的健康信息。这些提供商可以相互分享此等信息，还可以与下列儿童护理管理机构分享此等信息。除非您同意或法律许可，否则他们不能将您孩子的信息提供给其他人。您的孩子可对与其同意的服务相关的任何信息保密，包括计划生育和紧急事后避孕、堕胎、性传播感染检测和治疗、HIV 检测和治疗、HIV预防、产前护理、生产和分娩服务、药物和酒精治疗或者性侵犯服务。此等服务的的提供商将在第二部分中列出。如果您是替孩子同意接受这些服务，则您可能有权同意披露与这些服务相关的信息，并可在本部分中列出提供商。注意：孩子还必须同意披露此等信息。

适用于护理经理的说明：本部分由儿童的父母、监护人或法定代表人填写。本部分将列出能够分享孩子健康信息的所有健康提供商。在下文列出作为提供商的儿童护理管理机构。此等提供商可分享除与子女同意之服务相关的任何信息（包括计划生育和紧急事后避孕、堕胎、性传播感染检测和治疗、HIV 检测和治疗、HIV预防、产前护理、生产和分娩服务、药物和酒精治疗或者性侵犯服务）以外的所有健康信息。如果父母、监护人或法定代表人代表儿童同意堕胎、性传播感染检测和治疗，HIV检测和治疗、预防 HIV 或者滥用药物和酒精治疗，则只有在儿童也同意第二部分中的信息披露时，才可以披露信息。需要时，可复印本页，以便能够列出所有商定的提供商。如果将来需要更新本列表（添加或删除名称），请要求父母/监护人/法定代表人在每个新条目或省略部分旁边用姓名的首字母签名并注明日期。

适用于参与提供商的说明：如果第一部分列出了您的姓名或机构，则您可以披露除与子女同意之服务相关的任何信息（包括计划生育和紧急事后避孕、堕胎、性传播感染检测和治疗、HIV 检测和治疗、HIV预防、产前护理、生产和分娩服务、药物和酒精治疗或者性侵犯服务）以外的健康信息。只有在本表格第第二部分允许您披露此等信息时，您才可以进行披露。如果父母、监护人或法定代表人代表儿童同意堕胎、性传播感染检测和治疗，HIV检测和治疗、预防 HIV 或者滥用药物和酒精治疗，则只有在儿童也同意第二部分中的信息披露时，才可以披露信息。

	父母/监护人/法定代表人 的姓名首字母签名 （只有变更下列提供者列表时，才会用姓名首字母签名）	日期
护理管理机构		
提供商名称		
提供商名称		
提供商名称		
提供商名称		
提供商名称		
提供商名称		
提供商名称		
提供商名称		
提供商名称		

如果签署表格，则表示本人同意：

1.上述儿童已加入上述 Health Home（健康之家）；
2.本人已经为上述儿童签署针对上述Health Home（健康之家）的同意登记表；
3.本人已经获得查看 Health Home（健康之家）常见问题表的机会，并且本人的问题已得到答案；

4.如以上说明中所述，Health Home（健康之家）_____
儿童姓名
和本人在本表格第一部分中所指定的任何人均可相互分享。
健康信息。他们可以分享本人签署本表格之前和之后的信息，并且
5.儿童的 Health Home（健康之家）和护理管理计划可以与列为提供商的上述机构分享信息并相互共享信息（如果适用的话）。

本人可以随时变更本表格。如果本人做出变更，本人必须在这些变更的旁边用姓名首字母签名并注明日期。如果将信息划掉，则表示本人撤销分享本人先前允许分享的健康信息的许可。

本人理解，本同意书取代本人先前可能已经代表儿童签署的其他 Health Home（健康之家）信息分享同意书。本同意书将一直适用，直到发生以下情况时为止：

- 本人撤销本同意书，或者
- 儿童不再符合加入 Health Home（健康之家）的资格。
- 此Health Home（健康之家）不再营业。

本人始终可以通过签署《《Health Home（健康之家）同意书/撤销 *Health Home*（健康之家）加入和信息分享同意书/用于 18 岁以下的未成年人（DOH 5202）》，来代表儿童撤销本同意书。

如果本人不签署本同意书，则表示本人了解儿童的信息将不会被分享。

请用正楷书写儿童父母，监护人或法定代表人姓名	父母、监护人或法定代表人与儿童的关系
儿童父母、监护人或法定代表人签字	日期

仅由儿童填写

第二部分：

适用于护理经理的说明：本表格第二部分应由儿童填写。本表格应私下填写，无需儿童的父母、监护人或法定代表人在场，以实现对信息的保密。本表格第二部分应在所有必要当事人填写和签署第一部分之后填写。

本人，_____，理解，本人可以同意某些类型的医疗服务，而不必告知本人的父母、监护人或法定代表人。此外，本人还可以决定允许谁分享与此等服务相关的信息。对于下述服务（本人过去曾经享受过），本人将用姓名首字母签名，以允许下列提供商共享与该护理相关的信息。

儿童姓名

服务类型及提供商和/或机构的名称	可以与下述的本人的**父母、监护人或法定代表人分享这些服务的相关信息。**		
	是	**否**	父母、**监护人或法定代表人的姓名**
计划生育提供商：			
紧急事后避孕提供商：			
堕胎提供商：			
HIV 检测和治疗提供商：			
预防艾滋病暴露前和暴露后预防（PrEP/PEP）提供商：			
性传播感染检测和治疗提供商：			
产前护理、生产/分娩护理服务提供商：			
药物和酒精治疗提供商：			
性侵犯干预服务提供商：			

如果您正在接受心理健康服务和/或发育障碍服务且已年满十二周岁，则您的提供商可询问您是否愿意披露您的信息。如果您反对，您的提供商可以：完全拒绝请求，仅发送部分记录，或者发送您的病历摘要。

服务类型及提供商和/或机构的名称	可以与下述的本人的**父母、监护人或法定代表人分享这些服务的相关信息。**		
	是	**否**	父母、**监护人或法定代表人的姓名**
心理健康服务：			
发育障碍服务：			

服务类型及提供商和/或机构的名称	可以与下列 **提供商** 分享这些服务的相关信息。		
	是	**否**	提供商**名称**
计划生育提供商：			
紧急事后避孕提供商：			
堕胎提供商：			
HIV 检测和治疗提供商：			
预防艾滋病暴露前和暴露后预防（PrEP/PEP）提供商：			
性传播感染检测和治疗提供商：			
产前护理、生产/分娩护理服务提供商：			
药物和酒精治疗提供商：			
性侵犯干预服务提供商：			

如果您正在接受心理健康服务和/或发育障碍服务且已年满十二周岁，则您的提供商可询问您是否愿意披露您的信息。如果您反对，您的提供商可以：完全拒绝请求，仅发送部分记录，或者发送您的病历摘要。

服务类型及提供商和/或机构的名称	可以与下列 **提供商** 分享这些服务的相关信息。		
	是	**否**	提供商**名称**
心理健康服务：			
发育障碍服务：			

如果签署表格，则表示本人同意：

1. 本人已经获得查看 Health Home（健康之家）常见问题表的机会，并且本人的问题已得到答案，并且
2. Health Home（健康之家）和本人在本表格第二部分中指定的任何人都可以分享本人的上述健康信息。他们可以分享本人签署本表格之前和之后的信息。

本人可以随时变更本表格。如果本人做出变更，本人必须在这些变更的旁边用姓名首字母签名并注明日期。如果将信息划掉，则表示本人撤销分享本人先前允许分享的健康信息的许可。

本人理解，本同意书取代本人先前可能已签署的其他Health Home（健康之家）信息分享同意书。本同意书将一直适用，直到发生以下情况时为止：

- 本人撤销本同意书，
- 本人不再符合加入 Health Home（健康之家）的资格，
- Health Home（健康之家）不再营业，或者
- 本人的父母、监护人或法定代表人签署《*Health Home*（健康之家）同意书/撤销 *Health Home*（健康之家）加入和信息分享同意书/用于 *18* 岁以下的未成年人（DOH 5202）》。

请用正楷书写儿童姓名 _____ 儿童出生日期 _____

儿童签字 _____ 日期 _____

☐ 如果勾选此方框，则表示本人撤销对第二部分中所列的分享本人健康信息的同意。

请用正楷书写儿童姓名 _____ 儿童出生日期 _____

儿童签字 _____ 日期 _____