

Istruzioni: Il presente modulo deve essere utilizzato per i minori di 18 anni d'età iscritti in un programma Health Home tramite il modulo *Consenso al programma Health Home/Iscrizione/Da utilizzare con minori di 18 anni d'età* (DOH 5200)*. Il presente modulo spiega quali dati sanitari possono essere condivisi e con chi. La sezione 1 del presente modulo deve essere compilata da un genitore, un tutore o un rappresentante legalmente autorizzato del minore. Ai fini della condivisione dei dati sanitari, il rappresentante legalmente autorizzato è definito come "persona o ente autorizzato da una legge statale, tribale o militare o da qualsiasi altra legge vigente, da un'ordinanza o da un'autorizzazione emessa da un tribunale, ad agire per conto di una persona per la divulgazione di dati sanitari". La sezione 2 del presente modulo deve essere compilata separatamente dal minore insieme alla persona responsabile della sua assistenza.

***[Nota: i minori che sono genitori, in stato di gravidanza e/o coniugati e che risultano comunque in grado di fornire il proprio consenso, non devono utilizzare il presente modulo, ma sono tenuti a utilizzare il modulo *Consenso alla condivisione dei dati dei pazienti del programma Health Home* (DOH 5055)].**

NOME IN STAMPATELLO DEL PROGRAMMA HEALTH HOME

NOME IN STAMPATELLO DEL MINORE

DATA DI NASCITA DEL MINORE

Sezione 1:

Istruzioni per il genitore/tutore/rappresentante legalmente autorizzato: Elenchi tutti i fornitori di servizi sanitari del minore che possono condividere i dati sanitari del minore. I dati sanitari che essi condividono possono essere creati prima e dopo la data di sottoscrizione del presente modulo. Detti fornitori possono condividere i dati l'uno con l'altro, oltre che con l'agenzia che gestisce l'assistenza per il minore (indicata qui sotto). Essi non possono divulgare tali dati ad altre persone, a meno che lei conferisca il suo consenso o la legge lo consenta. Il minore può mantenere privato qualsiasi dato relativo ai servizi per cui il minore ha conferito il proprio consenso, compresi: pianificazione familiare e contraccezione di emergenza, aborto, diagnosi e cura di malattie sessualmente trasmissibili, test e trattamento dell'HIV, prevenzione dell'HIV, cure prenatali, servizi per travaglio e parto, trattamenti per alcol/droga, o servizi per casi di violenza sessuale. I fornitori di questi servizi saranno elencati nella sezione 2. Se lei ha conferito il consenso per tali servizi per il minore, probabilmente ha anche la facoltà di approvare la divulgazione di dati relativi ai servizi e può elencare i fornitori nella presente sezione. Nota: potrebbe essere necessaria anche l'approvazione del minore alla divulgazione dei dati.

Istruzioni per il responsabile dell'assistenza: La presente sezione deve essere compilata da un genitore, un tutore o un rappresentante legalmente autorizzato del minore. Essa elenca tutti i fornitori di servizi sanitari che possono condividere i dati sanitari del minore. Indichi, come fornitore qui sotto, l'agenzia che gestisce l'assistenza del minore. Questi fornitori possono condividere tutti i dati sanitari, tranne quelli relativi ai servizi per cui il minore ha conferito il proprio consenso, compresi: pianificazione familiare e contraccezione di emergenza, aborto, diagnosi e cura di malattie sessualmente trasmissibili, test e trattamento dell'HIV, prevenzione dell'HIV, cure prenatali, servizi per travaglio e parto, trattamenti per alcol/droga, o servizi per casi di violenza sessuale. Se il genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato ha conferito il consenso all'aborto, alla diagnosi e cura di malattie sessualmente trasmissibili, test e trattamento dell'HIV o a trattamenti per alcol/droga per conto del minore, i dati potranno essere divulgati unicamente se anche il minore ha conferito il proprio consenso a tale divulgazione nella sezione 2. Faccia ulteriori copie di questa pagina, se necessario, per poter elencare tutti i fornitori approvati. Nel caso in cui sia necessario aggiornare questo elenco in futuro (per aggiungere o rimuovere un nominativo), apponga le iniziali del genitore/tutore/rappresentante legalmente autorizzato e la data accanto ad ogni nuova voce o ad ogni omissione.

Istruzioni per il fornitore partecipante: Se la sezione 1 riporta il suo nome o quello della sua agenzia, lei ha la facoltà di divulgare i dati sanitari del minore, tranne quelli relativi ai servizi per cui il minore ha conferito il proprio consenso, compresi: pianificazione familiare e contraccezione di emergenza, aborto, diagnosi e cura di malattie sessualmente trasmissibili, test e trattamento dell'HIV, prevenzione dell'HIV, cure prenatali, servizi per travaglio e parto, trattamenti per alcol/droga, o servizi per casi di violenza sessuale. Può divulgare i dati unicamente se dispone dello specifico permesso in tal senso (contenuto nella sezione 2 del presente modulo). Se il genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato ha conferito il consenso all'aborto, alla diagnosi e cura di malattie sessualmente trasmissibili, test e trattamento dell'HIV, prevenzione dell'HIV o a trattamenti per alcol/droga per conto del minore, i dati potranno essere divulgati unicamente se anche il minore ha conferito il proprio consenso a tale divulgazione nella sezione 2.

INIZIALI DEL GENITORE/TUTORE/RAPPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZZATO
(SOLO LE INIZIALI IN CASO DI MODIFICHE ALL'ELENCO DI FORNITORI QUI SOTTO) DATA

AGENZIA DI GESTIONE DELL'ASSISTENZA

NOME DEL FORNITORE

Sottoscrivendo il presente modulo, accetto quanto segue:

1. Il minore summenzionato è iscritto nel programma Health Home indicato qui sopra,
2. Ho sottoscritto un modulo di consenso all'iscrizione nel programma Health Home indicato qui sopra per il minore summenzionato,
3. Ho avuto l'opportunità di esaminare la sezione relativa alle domande frequenti del programma Health Home e alle mie domande è stata data risposta,
4. Il programma Health Home e tutti i nominativi indicati nella sezione 1 del _____
presente modulo possono condividere tra loro i dati sanitari, nel rispetto _____
delle istruzioni precedenti. NOME DEL MINORE
Essi possono condividere i dati creati prima e dopo la data di sottoscrizione del presente modulo, e
5. Il programma Health Home del minore e il Managed Care Plan (Programma di assistenza gestita), se applicabile, possono condividere i dati con i fornitori summenzionati, oltre che tra loro.

Ho il diritto di modificare in qualsiasi momento il presente modulo. In tal caso, apporrò le iniziali e la data accanto alle modifiche effettuate. I dati sanitari barrati sono quelli che in precedenza avevo acconsentito a condividere e per i quali ora revoco il mio consenso alla condivisione.

Sono consapevole che il presente modulo di consenso sostituisce altri moduli di consenso alla condivisione di dati relativi al programma Health Home eventualmente da me sottoscritti in precedenza per conto del minore. Il presente consenso resterà valido fino a quando:

- Io stesso/a non l'avrò revocato, oppure
- Il minore non sarà più idoneo a ricevere i servizi di un programma Health Home.
- Il fornitore di servizi Health Home avrà cessato l'attività.

Potrò in qualsiasi momento revocare il presente consenso per conto del minore, sottoscrivendo il modulo *Consenso al programma Health Home/Revoca di iscrizione al programma Health Home e condivisione di informazioni/Da utilizzare con minori di 18 anni d'età* (DOH 5202).

Nel caso in cui non sottoscrivessi il presente modulo di consenso, sono consapevole che i dati del minore non saranno condivisi.

NOME IN STAMPATELLO DEL GENITORE, TUTORE O RAPPRESENTANTE LEGALMENTE
AUTORIZZATO DEL MINORE

TIPO DI RELAZIONE TRA IL GENITORE, TUTORE O RAPPRESENTANTE LEGALMENTE
AUTORIZZATO E IL MINORE

FIRMA DEL GENITORE, TUTORE O RAPPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZZATO DEL MINORE

DATA

DA COMPILARE UNICAMENTE CON IL MINORE

Sezione 2:

Istruzioni per il responsabile dell'assistenza: La sezione 2 del presente modulo deve essere compilata dal minore. Il modulo deve essere compilato in privato, senza la partecipazione del genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato, per consentire la riservatezza dei dati. La sezione 2 del presente modulo va compilata dopo che la sezione 1 è stata compilata e sottoscritta da tutte le parti interessate.

Io sottoscritto, _____ sono consapevole di poter conferire il mio consenso per determinati tipi di servizi di assistenza sanitaria senza che il mio genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato ne sia a conoscenza. Ho anche la facoltà di decidere chi avrà il permesso di condividere i dati relativi a detti servizi. Per i servizi qui sotto indicati (di cui posso aver usufruito in passato), appongo le mie iniziali per autorizzare il fornitore seguente a condividere i dati relativi allo specifico servizio di assistenza.

Tipi di servizi e nome/i del fornitore e/o dell'agenzia	È consentito condividere i dati relativi a questi servizi con il genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato qui sotto indicato.		
	Sì	No	Nome del genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato
Fornitore/i di pianificazione familiare:			
Fornitore/i di contraccezione d'emergenza:			
Fornitore/i di aborto:			
Fornitore/i di test e cure per l'HIV:			
Fornitore/i di profilassi pre e post-esposizione (PrEP/PEP) all'HIV:			
Fornitore/i di diagnosi e cura di malattie sessualmente trasmissibili:			
Fornitore/i di cure prenatali e di servizi per travaglio e parto:			
Fornitore/i di trattamenti per alcol/droga:			
Fornitore/i di servizi per casi di violenza sessuale:			

Se lei usufruisce attualmente di servizi per la salute mentale e/o per le disabilità dello sviluppo e ha più di dodici anni d'età, il suo fornitore potrebbe chiederle se desidera che i dati che la riguardano siano divulgati. In caso di risposta negativa, il fornitore può: rifiutare completamente la richiesta, presentare la documentazione clinica solo in parte oppure presentare un riassunto della documentazione clinica sul suo conto.

Tipi di servizi e nome/i del fornitore e/o dell'agenzia	È consentito condividere i dati relativi a questi servizi con il genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato qui sotto indicato.		
	Sì	No	Nome del genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato
Servizi per la salute mentale:			
Servizi per le disabilità dello sviluppo:			

Tipi di servizi e nome/i del fornitore e/o dell'agenzia	È consentito condividere i dati relativi a questi servizi con i fornitori indicati qui sotto.		
	Sì	No	Nome del fornitore
Fornitore/i di pianificazione familiare:			
Fornitore/i di contraccezione d'emergenza:			
Fornitore/i di aborto:			
Fornitore/i di test e cure per l'HIV:			
Fornitore/i di profilassi pre e post-esposizione (PrEP/PEP) all'HIV:			
Fornitore/i di diagnosi e cura di malattie sessualmente trasmissibili:			
Fornitore/i di cure prenatali e di servizi per travaglio e parto:			
Fornitore/i di trattamenti per alcol/droga:			
Fornitore/i di servizi per casi di violenza sessuale:			

Se lei usufruisce attualmente di servizi per la salute mentale e/o per le disabilità dello sviluppo e ha più di dodici anni d'età, il suo fornitore potrebbe chiederle se desidera che i dati che la riguardano siano divulgati. In caso di risposta negativa, il fornitore può: rifiutare completamente la richiesta, presentare la documentazione clinica solo in parte oppure presentare un riassunto della documentazione clinica sul suo conto.

Tipi di servizi e nome/i del fornitore e/o dell'agenzia	È consentito condividere i dati relativi a questi servizi con i fornitori indicati qui sotto.		
	Sì	No	Nome del fornitore
Servizi per la salute mentale:			
Servizi per le disabilità dello sviluppo:			

Sottoscrivendo il presente modulo, accetto quanto segue:

1. Ho avuto l'opportunità di esaminare la sezione relativa alle domande frequenti del programma Health Home e alle mie domande è stata data risposta, e
2. Il programma Health Home e tutti i nominativi indicati nella sezione 2 del presente modulo possono condividere i summenzionati dati sanitari sul mio conto. Essi possono condividere i dati creati prima e dopo la data di sottoscrizione del presente modulo.

Ho il diritto di modificare in qualsiasi momento il presente modulo. In tal caso, apporrò le iniziali e la data accanto alle modifiche effettuate. I dati sanitari barrati sono quelli che in precedenza avevo acconsentito a condividere e per i quali ora revoco il mio consenso alla condivisione.

Sono consapevole che il presente modulo di consenso sostituisce altri moduli di consenso alla condivisione di dati relativi al programma Health Home eventualmente da me sottoscritti in precedenza. Il presente consenso resterà valido fino a quando:

- Io stesso/a non l'avrò revocato,
- Non sarò più idoneo/a a ricevere i servizi del programma Health Home,
- Il fornitore di servizi Health Home avrà cessato l'attività,
- Il mio genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato avrà sottoscritto il modulo *Consenso al programma Health Home/Revoca di iscrizione al programma Health Home e alla condivisione dei dati/Da utilizzare con minori di 18 anni d'età* (DOH 5202).

NOME IN STAMPATELLO DEL MINORE

DATA DI NASCITA DEL MINORE

FIRMA DEL MINORE

DATA

Spuntando questa casella, revoco il mio consenso alla condivisione dei dati sanitari indicati nella sezione 2.

NOME IN STAMPATELLO DEL MINORE

DATA DI NASCITA DEL MINORE

FIRMA DEL MINORE

DATA