

Health Home (健康之家) 名称 _____

在本同意书签字表明, 您同意加入 _____ Health Home (健康之家)。Health Home (健康之家) 医疗护理提供商以及其他参与您护理过程的人员需能相互探讨您的护理过程, 并彼此分享您的健康信息, 以便为您提供更好的护理服务, 若同意该点, 方可加入。加入 Health Home (健康之家) 可确保您获得所需的护理服务, 但即便您未在本同意书上签字或者不想加入 Health Home (健康之家), 您仍可获得医疗护理和医疗保险。

Health Home (健康之家) 可能会通过以下途径获取您的健康信息 (包括医疗记录): 同意书末尾的合作伙伴列表, 和/或通过由 _____ Regional Health Information Organization (RHIO, 区域健康信息组织) 运营的计算机系统和/或 New York State Office of Mental Health (纽约州心理健康办公室) 运营的 PSYCKES 计算机系统, 和/或一个叫 TABS/CHOICES 的计算机系统获取您的健康信息。RHIO 采用计算机系统从您的医生和作为 RHIO 成员的医疗护理提供商那里收集您的健康信息 (包括医疗记录) 并储存。除了您指定的可查看或获取您健康信息的人员以外, RHIO 不会与其他人分享您的健康信息。PSYCKES 计算机系统从您的医生和作为 Medicaid 医疗补助计划成员的医疗护理提供商那里收集并储存您的治疗信息。TABS/CHOICES 是 New York State Office (纽约州办公室) 用来为有发育障碍的人收集和储存发育障碍相关信息而运行的计算机系统。

如果您同意并签署本同意书, Health Home (健康之家) 及本同意书所列之合作伙伴在为您提供护理、管理您的护理以及研究您的护理以为其他患者提供更好的健康护理时, 将根据其需求, 获取、查看、阅读、复制并与彼此分享您的所有健康信息 (包括 Health Home (健康之家) 从 RHIO 和/或 PSYCKES 和/或 TABS/CHOICES 系统获取的所有您的健康信息)。他们获取、查看、阅读、复制和分享的健康信息包括签署本同意书的日期之前和之后您的健康信息。您的医疗记录可能包含以下信息: 您患有的或之前可能患有的疾病或受过的伤害; 检测结果 (如 X 光检测或血检); 以及您目前正在服用的或之前服用过的药物。您的医疗记录还可能包含以下信息:

1. 您当前或之前作为患者而参与的戒酒或戒毒计划;
2. 计划生育和流产等家庭计划服务;
3. 遗传疾病;
4. HIV/AIDS;
5. 心理健康状况;
6. 发育障碍诊断和服务; 和/或
7. 性传播疾病 (发生性关系而感染的疾病)。

根据纽约州和美国法律法规规定, 您的健康信息属于私人信息, 未经本人允许, 不得透露给他人。可获取和查看您健康信息的合作伙伴必须遵守这些法律法规。除非征得您同意, 或者法律指明他们可以将信息透露给他人, 否则他们不得向他人透露您的信息。上述规定适用于位于计算机系统或以书面形式呈现的您的健康信息。一些法律中包含关于 HIV/AIDS 护理、心理健康记录以及及使用药物和酒精有关的规定。Health Home (健康之家) 及合作伙伴必须在遵守这些法律与法规的前提下使用您的健康信息。

签字前, 请认真阅读本同意书包含的所有信息。

本人同意加入 _____ Health Home (健康之家), 并允许 Health Home (健康之家) 通过本同意书末尾所列之合作伙伴以及通过 _____

_____ RHIO 和/或 PSYCKES 和/或 TABS/CHOICES 系统等其他方获取我的健康信息, 以便为我提供或管理护理服务、确认我是否已加入健康保险计划、查看该保险的范围及研究并改善对所有病患的照护。我还同意, Health Home (健康之家) 及本同意书末尾之所列合作伙伴可以与彼此分享我的健康信息。我了解, 本同意书取代所有我之前签署的、用以分享我健康信息的其他 Health Home (健康之家) 患者信息分享同意书。我可以通过签署撤销同意书 (DOH-5058) 并将其递交给 Health Home (健康之家) 合作伙伴的方式随时改变主意并撤销同意书。

请用正楷书写患者姓名

患者出生日期

患者或患者法定代表人签字

日期

请用正楷书写法定代表人姓名
(如适用)

法定代表人和患者之间的关系
(如适用)

关于患者信息和同意流程的详细信息

1. 合作伙伴将如何使用我的信息？

经您同意，您的健康信息将被合作伙伴用于以下目的：

- 为您提供健康护理服务并对其进行管理；
- 确认您是否拥有医疗保险及其赔付范围；
- 进行医疗护理研究以更好地为患者服务。

您所签署的本同意书确认您的信息不会被医疗保险公司查看，并不会被用以决定是否给予您医疗保险或对您进行赔付。如有上述需求，请填写医疗保险公司必须使用的单独相关表格。

2. 我的健康信息源自何处？

您的健康信息来自之前为您提供医疗护理的地点或人员或过去的医疗保险。相关人员地点可能包括医院、医生、药房、实验室、发育障碍服务提供商、健康计划（保险公司）、Medicaid 医疗补助计划以及其他分享健康信息的组织。您可致电您的护理经理，或与其进行面谈，_____以获取这些地点及人员的完整清单。

3. 哪些法律和法规涉及我的健康信息的分享方式？

相关法律和法规包括：《纽约心理卫生法》第 33.13 节、《纽约公共卫生法》第 27-F 条以及《联邦保密法规》中的“HIPAA 法案（健康保险携带和责任法案）”部分，包括联邦条例（CFR）第 42 款第 2 节和 CFR 第 45 款第 160 和 164 节（即被称为“HIPAA”的法规）。

4. 如果我签署本同意书，那么哪些人可以获取和查看我的信息？

只有那些经您同意的人员才可以获取和查看您的健康信息，他们包括：医生、其他为 Health Home（健康之家）合作伙伴工作的人员以及参与您的医疗护理的人员；为您提供护理的 Health Home（健康之家）合作伙伴的医疗护理提供商；以及为向您提供护理的 Health Home（健康之家）合作伙伴工作、帮助他们确认您的医疗保险、或者进行医疗护理研究使其更好地服务患者的人员。若为您提供护理的一方不是您往常的医生或提供商，例如当您从新的药房、医院或其他提供商获得护理时，诸如您的医疗计划的覆盖范围或您的 Health Home（健康之家）提供商的名称等一些信息可能会被提供给他们或被他们查看。

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. 本同意书的有效期限是多长？

除非您撤回同意，或者退出 Health Home（健康之家）计划，或者 Health Home（健康之家）停止运转，否则本同意书将一直有效。

7. 如果我之后改变主意，想要撤回同意该怎么办？

您可以通过签署《撤销同意书（DOH-5058）》并将其提交给 Health Home（健康之家）的合作伙伴即可随时撤销同意。如果您同意分享您的信息，本同意书末尾之所有 Health Home（健康之家）的合作伙伴都将能够获取您的健康信息。如果您并不希望本同意书末尾所列之 Health Home（健康之家）的合作伙伴获取您的健康信息，请您从 Health Home（健康之家）计划中撤回您的同意。您可以通过拨打电话的方式获取本同意书_____。

如您同意，您的护理经理将帮助您填写本同意书。注：即使您之后决定撤销同意，已拥有您信息的护理提供商也不必将信息归还于您，或将其从记录中删除。

8. 我如何获得此表格的副本？

您签字后便可获得本同意书的副本。

参与合作伙伴

Health Home (健康之家) 名称

请列出所有参与合作伙伴, 如有需要请复制本页

患者姓名首字母

日期

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称

参与合作伙伴名称