

Данную форму необходимо использовать для зачисления в программу Health Home детей, не достигших 18-летнего возраста. В данной форме указано, какую информацию о состоянии здоровья ребенка и кому можно передавать.

**\* [Обратите внимание, что дети младше 18 лет, которые являются родителями, беременными и (или) состоят в браке либо которые способны самостоятельно предоставить разрешение, не должны использовать эту форму. Вместо нее они должны заполнить форму «Согласие на передачу информации участника программы Health Home» (DOH-5055)].**

#### **Инструкции для родителя, опекуна или уполномоченного представителя.**

*Раздел 1* должен заполнить родитель, опекун или уполномоченный представитель ребенка. В целях передачи информации термин «уполномоченный представитель» означает любое лицо или учреждение, уполномоченное по законодательству штата, племени, военному или другому применимому закону, постановлению суда либо согласию действовать от имени какого-либо лица с целью раскрытия медицинской информации. Перечислите всех, кто предоставляет ребенку медицинские услуги и может передавать информацию о состоянии его здоровья. Передаваемая медицинская информация может быть датирована как до, так и после подписания этой формы. Указанные поставщики услуг могут передавать эту информацию друг другу и указанному ниже учреждению, координирующему медицинское обслуживание ребенка. Они не могут передавать информацию о ребенке другим лицам, если вы не согласны либо это противозаконно. Ребенок имеет право держать в тайне любую информацию об услугах, на получение которых он может самостоятельно дать согласие, в том числе об услугах по планированию семьи, экстренной контрацепции, аборт, анализах на выявление инфекций, передающихся половым путем, и лечении этих инфекций, анализах на ВИЧ, лечении и профилактике ВИЧ, наблюдении беременности, преродовых услугах и услугах по родовспоможению, лечении от алкогольной либо наркотической зависимости или услугах для лиц, переживших сексуальное насилие. Поставщики этих услуг перечислены в *разделе 2*. Если вы дали согласие на эти услуги за ребенка, вы можете обладать полномочиями предоставлять согласие на раскрытие информации, касающейся данных услуг, а также правом указать их поставщиков в данном разделе. **Примечание:** возможно, ребенку также необходимо будет дать согласие на раскрытие данной информации.

*Раздел 2* данной формы должен самостоятельно заполнять ребенок при содействии менеджера по медицинскому обслуживанию. *Дети в возрасте 10 лет и старше могут дать согласие на передачу или сокрытие информации, касающейся определенных видов защищенных услуг. Кроме того, если ребенок или подросток старше 12 лет получает конкретную психиатрическую помощь или услуги, связанные с нарушениями развития, поставщик этих услуг может спросить ребенка или подростка, хочет ли он, чтобы его информация была раскрыта.*

**Инструкции для координатора медицинского обслуживания.** *Раздел 1* должен заполнять родитель, опекун или уполномоченный представитель ребенка. Он содержит полный список поставщиков медицинских услуг, которые могут передавать информацию о состоянии здоровья ребенка. Укажите ниже учреждение, координирующее медицинское обслуживание ребенка, в качестве поставщика услуг. Такие поставщики могут передавать любую информацию о состоянии здоровья, кроме информации об услугах, на получение которых ребенок может самостоятельно дать согласие, в том числе об услугах по планированию семьи, экстренной контрацепции, аборт, анализах на выявление инфекций, передающихся половым путем, и лечении этих инфекций, анализах на ВИЧ, лечении и профилактике ВИЧ, наблюдении беременности, преродовых услугах и услугах по родовспоможению, лечению от алкогольной и наркотической зависимостей или услугах для лиц, переживших сексуальное насилие. Если родитель, опекун или уполномоченный представитель ребенка дал согласие на аборт, проведение анализов на выявление инфекций, передающихся половым путем, и лечение этих инфекций, анализов на ВИЧ, лечение и профилактику ВИЧ или лечение от алкогольной либо наркотической зависимости от имени ребенка, информацию разрешено раскрывать, **только если ребенок также даст свое согласие** в *разделе 2*. При необходимости сделайте копию этой страницы, чтобы перечислить всех поставщиков, на которых распространяется согласие. Если в этот список будет необходимо внести изменения (добавить или удалить наименование), попросите родителя, опекуна или уполномоченного представителя выбрать опцию «ДОБАВИТЬ» или «УДАЛИТЬ», поставить инициалы и дату рядом с каждой новой записью или пропуском. *Координатор медицинского обслуживания программы Health Home (ННСМ) также должен поставить свои инициалы рядом с каждым внесенным изменением.*

**Инструкции для участвующего в программе поставщика услуг.** Если ваше имя или наименование вашего учреждения указано в *разделе 1*, вы можете раскрывать любую информацию о состоянии здоровья ребенка, кроме информации об услугах, на получение которых ребенок может самостоятельно дать согласие, в том числе об услугах по планированию семьи, экстренной контрацепции, аборт, анализах на выявление инфекций, передающихся половым путем, и лечении этих инфекций, анализах на ВИЧ, лечении и профилактике ВИЧ, наблюдении беременности, преродовых услугах и услугах по родовспоможению, лечению от алкогольной либо наркотической зависимости или услугах для лиц, переживших сексуальное насилие. Перечисленную информацию можно раскрывать, только если вам разрешено делать это в соответствии с *разделом 2* данной формы. Если родитель, опекун или уполномоченный представитель ребенка дал согласие на аборт, проведение анализов на выявление инфекций, передающихся половым путем, и лечение этих инфекций, анализов на ВИЧ, лечение и профилактику ВИЧ или лечение от алкогольной либо наркотической зависимости от имени ребенка, информацию разрешено раскрывать, **только если ребенок также даст свое согласие** в *разделе 2*. Если вы получили копию *раздела 2* данной формы согласия, внимательно просмотрите ее, чтобы определить разрешение передавать вам конкретную информацию, предоставленную ребенком координатору медицинского обслуживания программы Health Home. **ПРИМЕЧАНИЕ.** Если копия *раздела 2* НЕ предоставлена, это значит, что ребенок не дал разрешение, и, следовательно, эта информация НЕ может быть разглашена или передана вам.

**Раздел 1:** этот раздел должен заполнить родитель, опекун или уполномоченный представитель ребенка.

Подписывая эту форму, я подтверждаю, что:

1. Мне объяснили, что ребенок, упомянутый выше, имеет право участвовать в программе Health Home.
2. Упомянутый выше ребенок зарегистрирован в учреждении программы Health Home, указанном выше.
3. У меня была возможность ознакомиться с часто задаваемыми вопросами по поводу программы Health Home и получить ответы на свои вопросы.
4. Я понимаю, что представляет собой программа Health Home и как она может помочь моему ребенку. Я понимаю что означает зачисление в программу Health Home и почему информация о здоровье моего ребенка будет передаваться другим лицам.
5. Сотрудники программы Health Home и все, кто указан в *разделе 1* \_\_\_\_\_ ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА  
ниже, могут обмениваться медицинской информацией друг с другом согласно указанным выше инструкциям в целях координации медицинского обслуживания в рамках данной программы. Они могут передавать информацию до или после даты подписания мною данной формы.
6. Сотрудники программы Health Home могут получить информацию о состоянии здоровья ребенка, включая медицинскую документацию от партнеров, перечисленных в конце этой формы, и (или) от других лиц через приведенные ниже электронные системы.
  - Региональная информационная сеть здравоохранения штата Нью-Йорк (Statewide Health Information Network for New York, SHIN-NY), которая находится в ведении New York State Department of Health (DOH). SHIN-NY собирает и хранит информацию о состоянии здоровья, включая медицинскую документацию от врачей и поставщиков услуг.
  - Система расширения психиатрических услуг и знаний в области протекания заболеваний и их симптомов (Psychiatric Services and Clinical Knowledge Enhancement System, PSYCKES), которая находится в ведении Управления охраны психического здоровья штата Нью-Йорк (New York State Office of Mental Health, NYS OMH). PSYCKES собирает и хранит информацию о медицинском обслуживании от врачей и поставщиков услуг, участвующих в программе Medicaid.
  - TABS/CHOICES находится в ведении Управления штата Нью-Йорк по делам людей с инвалидностью вследствие пороков развития (New York State Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD). Система TABS/CHOICES собирает и хранит информацию о людях с нарушениями умственного и (или) психического развития, которые получают услуги через систему OPWDD.
7. Кроме того, сотрудникам программы Health Home может потребоваться передать информацию о ребенке в местный единый пункт доступа (Single Point of Access, SPOA), чтобы помочь координатору медицинского обслуживания программы Health Home (Health Home Care Manager, HHCM) координировать доступ к необходимым услугам по охране психического здоровья. SPOA может просматривать данные в соответствии с разделом 41.05 Закона о психической гигиене (Mental Hygiene Law) и полномочиями, описанными в разделах 41.07 и 41.13. Разрешение связаться с представителями SPOA может быть предоставлено на странице для заполнения поставщиком услуг ниже.

Я понимаю, что данная форма согласия заменяет собой все другие формы согласия на передачу информации в рамках программы Health Home, подписанные мною ранее от имени ребенка. Данное согласие имеет силу, пока:

- я не исключу ребенка из программы;
- ребенок не перестанет соответствовать критериям участия в программе Health Home;
- программа Health Home действует;
- ребенок не достигнет возраста или не попадет в ситуацию, когда он сможет самостоятельно давать согласие (заполнять форму DOH-5055).

Я могу внести изменения в эту форму в любое время. При внесении изменений мне необходимо поставить инициалы и дату, как указано (или в специально отведенном поле). Я всегда могу отозвать это согласие от имени ребенка, связавшись с менеджером по медицинскому обслуживанию, учреждением по координации медицинского обслуживания или сотрудниками программы Health Home.

**Я понимаю, что если не подпишу данную форму согласия, информация о состоянии здоровья ребенка не будет передана никому.**

**При необходимости сделайте копию этой страницы, чтобы перечислить всех участвующих партнеров и других лиц, утвержденных родителем, опекуном или уполномоченным представителем участника программы.**

Перечислите ниже всех поставщиков медицинских услуг ребенка, которые могут обмениваться информацией о состоянии его здоровья. Медицинская информация, которой они обмениваются, может быть получена до или после даты подписания вами этой формы. Указанные поставщики услуг могут передавать эту информацию друг другу и учреждению по координации медицинского обслуживания, указанному ниже.	Если КОГДА-ЛИБО на этой странице будут внесены изменения, родитель, опекун или уполномоченный представитель <b>ДОЛЖЕН</b> выбрать, является ли изменение ДОБАВЛЕНИЕМ или УДАЛЕНИЕМ поставщика услуг, а также поставить ДАТУ и ИНИЦИАЛЫ рядом с внесенным изменением (-ями) в поле ниже. ННСМ также должен ПОСТАВИТЬ СВОИ ИНИЦИАЛЫ возле всех изменений.			
	Добавить или удалить	Дата внесения изменения	Инициалы родителя, опекуна или уполномоченного представителя	Инициалы ННСМ
Учреждение по координации медицинского обслуживания в рамках программы Health Home:	<input type="checkbox"/> Добавить			
	<input type="checkbox"/> Удалить			
План управляемого медицинского обслуживания Medicaid:	<input type="checkbox"/> Добавить			
	<input type="checkbox"/> Удалить			
Имя и фамилия основного лечащего врача:	<input type="checkbox"/> Добавить			
	<input type="checkbox"/> Удалить			
Название больницы:	<input type="checkbox"/> Добавить			
	<input type="checkbox"/> Удалить			
Название патронажной службы:	<input type="checkbox"/> Добавить			
	<input type="checkbox"/> Удалить			
Название поставщика психиатрической помощи:	<input type="checkbox"/> Добавить			
	<input type="checkbox"/> Удалить			
Название SPOA/LGU:	<input type="checkbox"/> Добавить			
	<input type="checkbox"/> Удалить			
Полное имя поставщика услуг:	<input type="checkbox"/> Добавить			
	<input type="checkbox"/> Удалить			
Полное имя поставщика услуг:	<input type="checkbox"/> Добавить			
	<input type="checkbox"/> Удалить			
Полное имя поставщика услуг:	<input type="checkbox"/> Добавить			
	<input type="checkbox"/> Удалить			
Полное имя поставщика услуг:	<input type="checkbox"/> Добавить			
	<input type="checkbox"/> Удалить			
Полное имя поставщика услуг:	<input type="checkbox"/> Добавить			
	<input type="checkbox"/> Удалить			
Полное имя поставщика услуг:	<input type="checkbox"/> Добавить			
	<input type="checkbox"/> Удалить			
Полное имя поставщика услуг:	<input type="checkbox"/> Добавить			
	<input type="checkbox"/> Удалить			

## ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО СОВМЕСТНО С РЕБЕНКОМ

**Раздел 2:** просматривать и заполнять этот раздел может только ребенок/подросток в возрасте 10 лет и старше.

**Инструкции.** Раздел 2 должен быть заполнен после того, как раздел 1 будет заполнен и подписан всеми необходимыми сторонами. Заполнять раздел 2 может только ребенок/подросток в возрасте 10 лет и старше. Раздел 2 этой формы должен быть заполнен координатором медицинского обслуживания программы Health Home вместе с ребенком. Заполнение данной формы должно происходить конфиденциально без присутствия родителя, опекуна или уполномоченного представителя ребенка.

**Раздел 2, часть А:** дети в возрасте 10 лет и старше могут дать согласие на передачу или сокрытие информации, касающейся определенных видов защищенных услуг, например об услугах по планированию семьи, экстренной контрацепции, абортах, поставщиках услуг тестирования и лечения ВИЧ, доконтактной (ДКП — PrEP) и постконтактной профилактики (ПКП — PEP), анализах на выявление инфекций, наблюдении беременности, предродовых услугах и услугах по родовспоможению, лечении от алкогольной либо наркотической зависимости или услугах для лиц, переживших сексуальное насилие.

**Раздел 2, часть Б:** дети в возрасте 12 лет и старше могут дать согласие на передачу либо сокрытие информации, касающейся психиатрической помощи или услуг, оказанных в связи с нарушениями развития. Специалист по психическому здоровью и (или) нарушениям развития может спросить ребенка или подростка, хочет ли он, чтобы его информация была раскрыта.

**Части А и Б ДОЛЖНЫ** быть заполнены, за исключением случаев, когда: ребенок не соответствует установленному возрасту (10 или 12 лет); ребенок не хочет или не может заполнить этот раздел; ребенку не требуются никакие защищенные услуги; ребенку не требуется психиатрическая помощь или услуги, связанные с нарушениями развития; ЛИБО родитель, опекун или уполномоченный представитель ребенка отказывает в разрешении ННСМ встречаться с ребенком наедине для рассмотрения раздела 2. Если применима какая-либо из этих причин, ННСМ **ДОЛЖЕН** четко задокументировать причину (-ы) в медицинских документах ребенка и заполнить *ведомость по координации медицинского обслуживания в рамках программы Health Home в разделе 2*, а также продолжить попытки получить эту информацию позже, чтобы помочь участнику с координацией этих услуг.

### РАЗДЕЛ 2, ЧАСТЬ А:

Я, \_\_\_\_\_, понимаю, что могу дать согласие на определенные виды медицинских услуг, не сообщая об этом

Имя и фамилия ребенка

своему родителю, опекуну или уполномоченному представителю. Эти услуги могут включать следующее: планирование семьи, экстренную контрацепцию, аборт, услуги тестирования и лечения ВИЧ, доконтактную (ДКП — PrEP) и постконтактную профилактику (ПКП — PEP), тестирование и лечение инфекций, передающихся половым путем, наблюдение беременности, предродовые услуги и услуги по родовспоможению, лечение от алкогольной либо наркотической зависимости или услуги для лиц, переживших сексуальное насилие. **Я также могу решать, кому разрешено получать и передавать мою информацию об этих услугах.**

Ребенок и ННСМ должны поставить инициалы и даты возле всех изменений, внесенных в этот раздел, в полях ниже.

Я отзываю свое разрешение на передачу информации об указанных ниже услугах моему родителю, опекуну или уполномоченному представителю:

**Я разрешаю раскрывать информацию об этих услугах моему родителю, опекуну или уполномоченному представителю, указанному ниже:**

Виды услуг и название поставщика услуг и (или) учреждения	Дата	Имя и фамилия родителя, опекуна или уполномоченного представителя ребенка	Инициалы ребенка	Дата	Инициалы ННСМ	Дата

Ребенок и ННСМ должны поставить инициалы и даты возле всех изменений, внесенных в этот раздел, в полях ниже.

Я отзываю свое разрешение на передачу информации об указанных ниже услугах моему поставщику услуг:

**Я разрешаю раскрывать информацию об этих услугах моему поставщику услуг, указанному ниже:**

Виды услуг и название поставщика услуг и (или) учреждения	Дата	Поставщик медицинских услуг	Инициалы ребенка	Дата	Инициалы ННСМ	Дата

**РАЗДЕЛ 2, ЧАСТЬ Б:** Если вы получаете психиатрическую помощь или услуги, связанные с нарушениями развития, и вам больше 12 лет, ваш поставщик услуг может спросить вас, хотите ли вы, чтобы ваша информация передавалась другим лицам. Если вы возражаете, ваш поставщик услуг может отклонить запрос полностью, отправить только часть документации или краткое изложение вашей медицинской карты.

Ребенок и ННСМ должны поставить инициалы и даты возле всех изменений, внесенных в этот раздел, в полях ниже.

Я отзываю свое разрешение на передачу информации об указанных ниже услугах моему родителю, опекуну или уполномоченному представителю:

**Я разрешаю раскрывать информацию об этих услугах моему родителю, опекуну или уполномоченному представителю, указанному ниже:**

Виды услуг и название поставщика услуг и (или) учреждения	Дата	Имя и фамилия родителя, опекуна или уполномоченного представителя ребенка	Инициалы ребенка	Дата	Инициалы ННСМ	Дата
Психиатрическая помощь:						
Услуги, связанные с нарушениями развития:						

Ребенок и ННСМ должны поставить инициалы и даты возле всех изменений, внесенных в этот раздел, в полях ниже.

Я отзываю свое разрешение на передачу информации об указанных ниже услугах моему поставщику услуг:

**Я разрешаю передавать информацию об этих услугах моему поставщику услуг, указанному ниже:**

Виды услуг и название поставщика услуг и (или) учреждения	Дата	Поставщик медицинских услуг	Инициалы ребенка	Дата	Инициалы ННСМ	Дата
Психиатрическая помощь:						
Услуги, связанные с нарушениями развития:						

Подписывая раздел 2 этой формы, я подтверждаю, что:

1. Мне дали возможность просмотреть список ответов на часто задаваемые вопросы о программе Health Home, а также предоставили ответы на мои вопросы.
2. Представители программы Health Home, а также любые лица, указанные мной в разделе 2 данной формы, имеют право передавать информацию о состоянии моего здоровья так, как указано выше. Они могут передавать информацию, датированную как до, так и после подписания данной формы.

Я могу внести изменения в **раздел 2** данной формы в любое время. При внесении изменений мне необходимо поставить инициалы и дату рядом с этими изменениями (или в специально отведенном поле).

Я понимаю, что данная форма согласия, **раздел 2**, заменяет собой другие формы согласия на передачу информации в рамках программы Health Home, подписанные мною ранее. Раздел 2 имеет силу, пока:

- я не отзываю его;
- я не перестану соответствовать критериям участия в программе Health Home;
- программа Health Home действует;
- мой родитель, опекун или уполномоченный представитель не исключит меня из программы Health Home;
- я не достигну возраста или не попаду в ситуацию, чтобы самостоятельно давать согласие (заполнять форму DOH-5055).

ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

ДАТА РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА

ПОДПИСЬ РЕБЕНКА

ДАТА

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КООРДИНАТОРА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ПРОГРАММЫ HEALTH HOME

ПОДПИСЬ КООРДИНАТОРА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ПРОГРАММЫ HEALTH HOME

ДАТА