

본 양식은 18세 미만 아동의 Health Home에 등록을 위해 사용되어야 합니다. 본 양식은 또한 어떤 건강 정보가 누구에게 공유될 수 있는지 서술합니다.

***[18세 미만의 부모, 임신부 및/또는 결혼을 한 아동 및 그밖에 동의할 능력이 있는 아동은 본 양식을 사용하지 마십시오. 이러한 아동은 헬스 홈 환자 정보 공유 동의서(Health Home Patient Information Sharing Consent 양식, DOH 5055)를 사용해야 합니다].**

부모/보호자/법적 대리인을 위한 지침:

본 양식의 **섹션 1**은 아동의 부모, 보호자 또는 법적 대리인이 작성해야 합니다. 정보 공유를 목적으로 법적 대리인은 “진료 결정을 내리기 위해 환자 본인을 대신하여 주, 부족, 군부대 또는 기타 관련 법령, 법원 명령으로부터 권한을 위임받거나 의료 정보 공개 활동을 하도록 동의를 받은 자 또는 단체”입니다. 아동의 건강 정보를 공유할 수 있는 모든 의료제공자 목록을 작성하십시오. 이들이 공유하는 건강 정보는 귀하께서 본 동의서에 서명한 날짜 이전 및 이후에 유래한 것일 수 있습니다. 해당 의료제공자는 아래에 작성된 아동의 진료 관리 기관 및 서로에게 이러한 정보를 공유할 수 있습니다. 귀하께서 동의하거나 법적으로 허용되는 경우가 아니면 아동의 건강 정보를 타인에게 제공할 수 없습니다. 가족 계획, 응급 피임, 유산, 성병 검사 및 치료, HIV 검사 및 치료, HIV 예방, 산전 관리, 분만 및 출산 서비스, 약물 및 알코올 중독 치료, 성폭행 서비스를 포함하여 **섹션 2**에서 서술된 항목에 아동이 동의한 서비스 관련 정보는 아동이 비밀로 유지할 수 있습니다. 아동을 위해 이러한 서비스에 동의한 경우, 귀하는 해당 서비스 관련 정보 공개에 동의할 권한이 있을 수도 있으며 이 섹션에 의료제공자 목록을 작성할 수 있습니다. **참고:** 아동 또한 해당 정보 공개에 동의해야 할 수 있습니다.

본 양식의 **섹션 2**는 아동이 케어 매니저와 함께 별도로 작성합니다. **10세 이상의 아동은 특정 유형의 보호 서비스에 관한 정보의 공유 또는 비공개 여부에 동의할 수 있습니다. 또한 아동 또는 청소년이 정신 건강 또는 발달 장애 서비스를 받고 있으며 12세가 넘는 경우, 정신 건강 및/또는 발달 장애 의료제공자가 아동 또는 청소년에게 정보 비공개를 원하는지 물어볼 수 있습니다.**

케어 매니저를 위한 지침: **섹션 1**은 아동의 부모, 보호자 또는 법적 대리인이 작성합니다. 여기에 아동의 건강 정보를 공유할 수 있는 모든 의료제공자 목록을 작성합니다. 아래에 아동의 진료 관리 기관을 의료제공자로 작성하십시오. 해당 의료제공자는 가족 계획, 응급 피임, 유산, 성병 검사 및 치료, HIV 검사 및 치료, HIV 예방, 산전 관리, 분만 및 출산 서비스, 약물 및 알코올 중독 치료, 성폭행 서비스를 포함하여 아동 본인이 동의할 수 있는 서비스 정보를 제외한 모든 건강 정보를 공유할 수 있습니다. 부모, 보호자 또는 법적 대리인이 아동을 대신하여 유산, 성병 검사 및 치료, HIV 검사 및 치료, HIV 예방 또는 약물 및 알코올 중독 치료에 동의한 경우, 아동이 **섹션 2**의 정보 공개에 동의한 경우에만 해당 정보를 공개할 수 있습니다. 동의한 모든 의료제공자를 작성할 수 있도록 이 페이지를 필요한 만큼 복사하여 사용하십시오. 추후에 이 목록을 업데이트해야 하는 경우(이름 추가 또는 제거), 부모/보호자/법적 대리인은 새 항목 또는 삭제된 항목 옆에 추가 또는 삭제를 선택하고 이니셜 및 날짜를 기입해야 합니다. Health Home 케어 매니저(Health Home Care Manager, HHCM) 또한 각 변경 항목 옆에 이니셜을 기입합니다.

참여 의료제공자를 위한 지침: 귀하의 이름이나 기관이 **섹션 1**에 기입된 경우, 가족 계획, 응급 피임, 유산, 성병 검사 및 치료, HIV 검사 및 치료, HIV 예방, 산전 관리, 분만 및 출산 서비스, 약물 및 알코올 중독 치료, 성폭행 서비스를 포함하여 아동 본인이 동의할 수 있는 서비스 정보를 제외한 아동의 모든 건강 정보를 공유할 수 있습니다. 본 양식의 **섹션 2**에서 허가받은 경우에만 이 정보를 공개할 수 있습니다. 부모, 보호자 또는 법적 대리인이 아동을 대신하여 유산, 성병 검사 및 치료, HIV 검사 및 치료, HIV 예방 또는 약물 및 알코올 중독 치료에 동의한 경우, 아동이 **섹션 2**의 정보 공개에 동의한 경우에만 해당 정보를 공개할 수 있습니다. 이 동의서 양식의 **섹션 2** 사본을 받는 경우, 해당 문서를 꼼꼼하게 검토하여 아동이 Health Home 케어 매니저에게 특정 정보를 귀하와 공유하도록 허가한 사항을 확인하십시오. **참고:** **섹션 2**가 제공되지 않는 경우, 아동이 허가를 제공하지 않은 것이며 이에 따라 이 정보는 귀하에게 공개되거나 공유되지 않을 수도 있습니다.

섹션 1: 이 섹션은 아동의 부모, 보호자 또는 법적 대리인이 작성합니다. 본 양식에 서명함으로써 본인은 다음에 동의합니다.

1. 위에 거명된 아동이 Health Home에 등록할 자격이 있다고 본인에게 설명되었습니다.
2. 위에 기입된 아동은 위에 기입된 Health Home에 등록됩니다.
3. Health Home 자주 묻는 질문과 답변(FAQ) 자료를 검토하였으며 질문에 대한 답변을 받았습니다.
4. Health Home 프로그램이 무엇이고 아동에게 어떻게 도움이 될 수 있는지를 이해합니다. Health Home에 등록되는 것이 무엇을 의미하는지 그리고 이 아동의 건강 정보가 왜 공유될 것인지 이해합니다.
5. Health Home 및 아래의 섹션 1에 기입된 사람은 위 지침에 서술된 대로 Health Home 프로그램의 진료 관리 목적으로 서로에게 _____의 건강 정보를 공유할 수 있습니다.

아동 이름

이들이 공유하는 건강 정보는 본인이 본 동의서에 서명한 날짜 이전 또는 이후에 유래한 것일 수 있습니다.

6. Health Home은 건강 기록 등 아동의 건강 정보를 본 양식의 말미에 명시된 협력기관 및/또는 다음의 전자 시스템을 통해 다른 출처로부터 수집할 수 있습니다.
 - 뉴욕주 전역의 건강 정보 네트워크(Statewide Health Information Network for New York, SHIN-NY): SHIN-NY은 뉴욕주 보건부(New York State Department of Health)에서 운영합니다. SHIN-NY는 의사 및 의료제공자에게서 의료 기록 등 건강 정보를 수집하고 저장합니다.
 - 정신 의학 및 임상 지식 향상 시스템(Psychiatric Services and Clinical Knowledge Enhancement System, PSYCKES): PSYCKES는 뉴욕주 정신 건강 사무소(New York State Office of Mental Health)에서 운영하며, Medicaid 프로그램에 참여하는 의사 및 의료제공자에게서 건강 치료 정보를 수집하고 저장합니다.
 - TABS/CHOICES: TABS/CHOICES는 뉴욕주 발달장애인 서비스국(New York State Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD)에서 운영합니다. TABS/CHOICES는 OPWDD의 서비스 시스템을 통해 제공되는 지적 및/또는 발달 장애인 정보를 수집하고 저장합니다.
7. 또한 Health Home은 Health Home 케어 매니저가 필요한 정신 건강 서비스와 협력하도록 지원하기 위해 아동의 지역 단일 지점 액세스(Single Point of Access, SPOA) 정보를 요구할 수 있습니다. SPOA는 뉴욕주 정신 건강법(New York Mental Hygiene Law) 섹션 41.05 및 섹션 41.07 및 41.13의 권한에 따라 데이터를 확인할 수 있습니다. SPOA에 연락할 수 있는 권한은 아래의 제공자 페이지에서 제공될 수 있습니다.

본인은 이 동의서 양식이 본인이 이전에 아동을 대신하여 서명했을 수 있는 다른 Health Home 정보 공유 동의서 양식을 대신한다는 것을 이해합니다. 본 동의서는 다음의 경우까지 유효합니다.

- 본인이 아동을 탈퇴시킴
- 아동이 Health Home 자격 요건을 상실함
- Health Home 사업이 중단됨
- 아동이 본인 의사로 동의할 연령 또는 상황에 놓임(DOH-5055를 작성하십시오)

본인은 언제든지 본 양식을 변경할 수 있습니다. 내용을 변경하는 경우, 변경 항목 옆(또는 지정된 란)에 본인의 이니셜과 날짜를 기입해야 합니다. 본인은 언제든지 케어 매니저, 진료 관리 기관 또는 Health Home에 연락하여 아동을 대신하여 본 동의를 철회할 수 있습니다.

본인이 이 동의서 양식에 서명하지 않는 경우, 본인은 아동의 정보가 공유되지 않을 것임을 이해합니다.

아동의 부모, 보호자 또는 법적 대리인의 이름(정자체)

부모, 보호자 또는 법적 대리인과 아동의 관계

아동의 부모, 보호자 또는 법적 대리인의 서명

날짜

구성원의 부모, 보호자 또는 법적 대리인이 승인한 참여 협력기관 등을 모두 기재할 수 있도록 이 페이지를 필요한 만큼 복사하여 사용하십시오.

아래에 아동의 건강 정보를 공유할 수 있는 모든 의료제공자 목록을 작성하십시오. 이들이 공유하는 건강 정보는 귀하께서 본 동의서에 서명한 날짜 이전 또는 이후에 유래한 것일 수도 있습니다. 해당 의료제공자는 아래에 작성된 아동의 진료 관리 기관 및 서로에게 이러한 정보를 공유할 수 있습니다.	언제든지 이 페이지의 내용을 변경하는 경우, 부모, 보호자 또는 법적 대리인은 아래 입력란에 의료제공자의 추가 또는 제거를 선택하고 변경된 항목 옆에 날짜와 이니셜을 기입해야 합니다. Health Home 케어 매니저(HHCM) 또한 모든 변경사항에 이니셜을 기입해야 합니다.			
	추가 또는 제거	변경일	부모, 보호자 또는 법적 대리인 이니셜	HHCM 이니셜
Health Home 진료 관리 기관:	<input type="checkbox"/> 추가			
	<input type="checkbox"/> 제거			
Medicaid 관리형 케어 플랜(Managed Care Plan):	<input type="checkbox"/> 추가			
	<input type="checkbox"/> 제거			
주치의 이름:	<input type="checkbox"/> 추가			
	<input type="checkbox"/> 제거			
병원 이름:	<input type="checkbox"/> 추가			
	<input type="checkbox"/> 제거			
자립 지원 기관 이름:	<input type="checkbox"/> 추가			
	<input type="checkbox"/> 제거			
행동 건강 제공자 이름:	<input type="checkbox"/> 추가			
	<input type="checkbox"/> 제거			
SPOA/LGU 이름:	<input type="checkbox"/> 추가			
	<input type="checkbox"/> 제거			
제공자 이름:	<input type="checkbox"/> 추가			
	<input type="checkbox"/> 제거			
제공자 이름:	<input type="checkbox"/> 추가			
	<input type="checkbox"/> 제거			
제공자 이름:	<input type="checkbox"/> 추가			
	<input type="checkbox"/> 제거			
제공자 이름:	<input type="checkbox"/> 추가			
	<input type="checkbox"/> 제거			
제공자 이름:	<input type="checkbox"/> 추가			
	<input type="checkbox"/> 제거			
제공자 이름:	<input type="checkbox"/> 추가			
	<input type="checkbox"/> 제거			

아동만 작성해야 함

섹션 2: 10세 이상의 아동은 이 섹션을 검토하고 작성해야 합니다.

지침: 섹션 2는 모든 해당 당사자가 섹션 1을 작성하고 서명한 후 작성되어야 합니다. 섹션 2를 작성하는 아동/청소년은 10세 이상이어야 합니다. 본 양식의 섹션 2는 Health Home 케어 매니저와 아동이 작성해야 합니다. 본 양식은 정보를 기밀로 유지하기 위해 아동의 부모, 보호자, 법적 대리인의 개입 없이 혼자서 작성해야 합니다.

섹션 2 – 파트 A: 10세 이상의 아동은 다음의 특정 유형의 보호 서비스에 관한 정보의 공유 또는 비공개 여부에 동의할 수 있습니다. 가족 계획, 응급 피임, 유산, HIV 검사 및 치료 제공자, HIV 예방 노출 전 및 노출 후 예방요법(Pre-exposure and Post-exposure Prophylaxis, PrEP/PEP), 성병 검사 및 치료, 산전 관리, 분만/해산, 약물 및 알코올 중독 치료, 성폭행 서비스.

섹션 2 – 파트 B: 12세 이상의 아동은 받고 있는 정신 건강 또는 발달 장애 서비스의 공유 또는 비공개 여부에 동의할 수 있습니다. 정신 건강 및/또는 발달 장애 의료제공자는 아동 또는 청소년에게 정보 비공개를 원하는지 물어볼 수 있습니다.

섹션 2 – 파트 A 및 B는 아동이 특정 연령 요건(10세 또는 12세)에 부합하지 않는 경우, 아동이 이 섹션 작성을 꺼리거나 불가능한 경우, 아동이 보호 서비스를 구분하지 못하는 경우, 아동이 정신 건강 또는 발달 장애 서비스를 구분하지 못하는 경우, 또는 아동의 부모/보호자/법적 대리인이 HHCM이 별도로 아동을 만나 섹션 2를 검토하도록 허가하지 않은 경우를 제외하고 반드시 작성해야 합니다. 상기한 사유에 해당하는 경우, HHCM은 반드시 아동의 기록에 해당 사유를 문서로 남기고 섹션 2용 Health Home 진료 관리 대장(Health Home Care Management Tracker)을 작성하며, 이후 날짜에 본 정보를 취득하기 위해 노력하여 이러한 서비스에 협력하는 인원을 지원해야 합니다.

섹션 2 – 파트 A:

본인 _____ 아동의 이름 은 본인의 부모, 보호자, 법적 대리인이 모르게 특정 유형의 건강 관리 서비스에 동의할

수 있음을 이해합니다. 이러한 서비스에는 가족 계획, 응급 피임, 유산, HIV 검사 및 치료 제공자, HIV 예방 노출 전 및 노출 후 예방요법, 성병 검사 및 치료, 산전 관리, 분만/해산, 약물 및 알코올 중독 치료, 성폭행 서비스 등이 포함됩니다. **본인은 또한 이러한 서비스에 관하여 본인의 정보를 얻고 공유할 수 있는 사람을 결정할 수 있습니다.**

이 섹션의 내용이 변경되는 경우 아동과 Health Home 케어 매니저(HHCM)가 아래에 이니셜과 날짜를 기입해야 합니다.

다음과 같이 본인의 부모, 보호자 또는 법적 대리인에게서 이러한 서비스에 관한 정보 공유 승인을 철회합니다.

아래에 기입된 부모, 보호자 또는 법적 대리인에게 해당 서비스에 관한 정보를 공유할 수 있습니다.

제공자 및/또는 기관 서비스 유형 및 이름	날짜	부모, 보호자 또는 법적 대리인 이름	아동 이니셜	날짜	HHCM 이니셜	날짜

이 섹션의 내용이 변경되는 경우 아동과 Health Home 케어 매니저(HHCM)가 아래에 이니셜과 날짜를 기입해야 합니다.

다음과 같이 제공자에게서 이러한 서비스에 관한 정보 공유 승인을 철회합니다.

아래에 기입된 제공자에게 해당 서비스에 관한 정보를 공유할 수 있습니다.

제공자 및/또는 기관 서비스 유형 및 이름	날짜	제공자 이름	아동 이니셜	날짜	HHCM 이니셜	날짜

섹션 2 - 파트 B: 귀하가 정신 건강 또는 발달 장애 서비스를 받고 있으며 12세가 넘는 경우, 의료제공자가 귀하에게 타인과 정보를 공유하고자 하는지 물어볼 수 있습니다. 귀하가 반대한다면 의료제공자가 해당 요청을 완전히 거절하거나, 기록의 일부분만 보내거나, 의료 기록을 요약하여 보낼 수 있습니다.

이 섹션의 내용이 변경되는 경우 아동과 Health Home 케어 매니저(HHCM)가 아래에 이니셜과 날짜를 기입해야 합니다.

다음과 같이 본인의 부모, 보호자 또는 법적 대리인에게서 이러한 서비스에 관한 정보 공유 승인을 철회합니다.

아래에 기입된 부모, 보호자 또는 법적 대리인에게 해당 서비스에 관한 정보를 공유할 수 있습니다.

제공자 및/또는 기관 서비스 유형 및 이름	날짜	부모, 보호자 또는 법적 대리인 이름	아동 이니셜	날짜	HHCM 이니셜	날짜
정신 건강 서비스:						
발달 장애 서비스:						

이 섹션의 내용이 변경되는 경우 아동과 Health Home 케어 매니저(HHCM)가 아래에 이니셜과 날짜를 기입해야 합니다.

다음과 같이 제공자에게서 이러한 서비스에 관한 정보 공유 승인을 철회합니다.

아래에 기입된 제공자에게 해당 서비스에 관한 정보를 공유할 수 있습니다.

제공자 및/또는 기관 서비스 유형 및 이름	날짜	제공자 이름	아동 이니셜	날짜	HHCM 이니셜	날짜
정신 건강 서비스:						
발달 장애 서비스:						

본인은 본 양식의 섹션 2에 서명함으로써 다음에 동의합니다.

1. Health Home FAQ 자료를 검토하였으며 질문에 대한 답변을 받았습니다.
2. Health Home 및 본 양식의 섹션 2에 작성된 사람들이 위에 나열된 내 건강 정보를 공유할 수 있습니다. 해당 정보는 본인이 본 양식에 서명한 날짜 이전 및 이후에 유래한 것일 수 있습니다.

본인은 언제든지 본 양식의 **섹션 2**를 변경할 수 있습니다. 내용을 변경하는 경우, 변경 항목 옆(또는 지정된 칸)에 본인의 이니셜과 날짜를 기입해야 합니다.

본인은 이 동의서 양식 **섹션 2**가 본인이 이전에 서명했을 수 있는 다른 Health Home 정보 공유 동의서 양식 **섹션 2**를 대신한다는 것을 이해합니다. 섹션 2는 다음의 경우까지 유효합니다.

- 본인이 철회
- 본인이 Health Home 자격 요건을 상실함
- Health Home 사업이 중단됨
- 부모, 보호자 또는 법적 대리인이 Health Home 프로그램에서 본인을 탈퇴시킴
- 본인 의사로 동의할 연령 또는 상황에 놓임(DOH-5055를 작성하십시오).

아동 이름(정자체)

아동 생년월일

아동 서명

날짜

HEALTH HOME 케어 매니저 이름(정자체)

HEALTH HOME 케어 매니저 서명

날짜