

**資訊披露必要同意書**

本同意書必須由患者（兒童）或其個人代表審核並簽署。如果患者未滿 18 週歲，則本同意書必須由其家長（或監護人）審核並簽署。本同意書允許我們使用和披露患者的健康資訊、物質濫用治療資訊和心理健康資訊，以便為轉介至接受強化心理健康服務的兒童制定計畫、協調照護和提供服務。若涉及使用或披露與 HIV 相關的保密資訊，還須另行填寫一份單獨的同意書。

**其資訊擬被使用或分享的人員：**

兒童姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

（本文中稱為「我的孩子」或「您的孩子」）。

**第 1 部分：資訊披露必要同意書**

**A. 擬被使用或分享的資訊說明：**

擬被使用或分享的有關您孩子的資訊包括：兒童一站式服務 (Children’s Single Point of Access, CSPOA) 申請表、教育、醫療和物質濫用治療以及精神健康評估資訊，包括：精神和心理評估、社會心理評估、出院報告、所有相關臨床資料及其他資訊：\_\_\_\_\_。

本人特此授權我孩子的轉介方透過紐約市的 CSPOA 計畫向紐約市健康與心理衛生局（簡稱：衛生局）分享 CSPOA 申請表以及所有保密資訊（包括我的孩子的心理健康資訊、精神和社會心理評估、物質濫用治療資訊以及醫療資訊）。本人特此授權衛生局的 CSPOA 計畫使用和分享此資訊，以為我的孩子確定資格和照護協調活動。

**B. 提供資訊的目的或需求：**您的孩子已被轉介至接受強化心理健康服務。CSPOA 負責確定需要強化心理健康服務之兒童的資格及所需的照護協調活動。CSPOA 專家必須審核申請資訊以及上述其他資訊，以便為您的孩子提供適當的服務。

**C. 您授權 CSPOA 與下列人員、組織、機構或計畫分享您的孩子的資訊，並按下述方式使用您孩子的資訊：**

為了確定您孩子的資格和照護協調活動，CSPOA 專家將：

- 聯絡您（轉介方、包括評估人員也可能聯絡您），以討論您孩子的治療方案；以及
- 與已透過紐約州心理健康辦公室、紐約市衛生局、州衛生署或 Health Homes Servicing Children（包括 Health Home Care Management）簽約的各種機構及組織分享上述資訊，以便推薦您的孩子參加合適的計畫並接受強化心理健康服務。可能接收您孩子資訊的機構和組織包括：照護管理機構、Non-Medicaid Care Coordination（非 Medicaid 照護協調）提供者、Health Home Care Management（健康之家照護管理）照護經理。此外您還應理解，我們可能會與以下機構或計畫討論並向其提供轉介：發育障礙者辦公室、Family Resource Center（家庭資源中心）、Intensive Crisis Stabilization and Treatment（強化危機穩定與治療）、Home-Based Crisis Intervention（居家危機干預）、Functional Family Therapy（功能性家庭治療，簡稱：FFT）、紐約州兒童和家庭服務辦公室、當地社會服務部門和 Pre-Admission Certified Committee（治療前認證委員會）；以及
- 查看 Medicaid Analytics Performance Portal (MAPP) 以確定您的孩子是否已參加某個計畫。

**D. 我的權利：我明白：**

1. 本同意書僅授權使用和披露這些資訊。
2. 這些資訊均為保密資訊，未經本人許可不得披露，違者違法。
3. 如果這些資訊被披露給不需要遵守聯邦隱私保護法規的人士，那麼這些資訊可能會被再次披露，並不再受到保護。
4. 我有權隨時撤銷（收回）此同意。撤銷同意時，我必須使用紐約市 CSPOA 提供給我的書面表格。我知道，如果經我授權使用和披露我孩子健康資訊的人士已經根據我先前的同意採取了行動，則撤銷同意將不再適用。如需撤銷同意，我應該寫信給紐約市 CSPOA，地址為：  
 NYC Children’s Single Point of Access  
 New York City Department of Health and Mental Hygiene  
 Bureau of Children, Youth and Families  
 42-09 28th St.  
 Long Island City, NY 11101
5. 我並非必須簽署本同意書，且我拒絕簽署本同意書既不會影響我或我的孩子從紐約州心理健康辦公室獲得服務（包括 Community Residence、Health Home Care Management 和 Non-Medicaid Care Coordination）的能力；也不會影響我或我的孩子享受各種福利的資格。
6. 我有權查看和複製我孩子的健康資訊，並根據 45 CFR§164.524 項下聯邦隱私保護法規的要求使用和披露這些資訊。
7. 我明白，本同意書將在我的孩子不再接受這些強化心理健康服務時失效。

**E. 定期使用和披露：**本人特此允許定期使用上述資訊，並在必要時向上述個人、組織、設施或計畫披露這些資訊，以實現上述界定的目的。

兒童一站式服務

**第 2 部分：簽名**

**患者簽名：**本人特此證明，本人授權按照本文件所述使用我的孩子的醫療和心理健康資訊。

\_\_\_\_\_  
患者簽名（或法定授權代表簽名）

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
患者姓名（正楷）

\_\_\_\_\_  
如由代表簽署：代表（或父母/監護人）姓名（正楷）

\_\_\_\_\_  
如由代表簽署：請註明該代表代理患者簽字的權威性（例如，如代表是未成年患者的父母，則填寫「父母」）。

**F. 見證人聲明和簽名：**本人親眼見證了本同意書的簽署過程，且本人聲明，患者或患者的個人代表已獲得提供一份已簽署的同意書副本。

**見證人：**

\_\_\_\_\_  
工作人員的姓名和職務

同意書提供給：

\_\_\_\_\_  
患者姓名

日期：

\_\_\_\_\_

**由機構填寫：**

\_\_\_\_\_  
使用和披露資訊的工作人員簽名

\_\_\_\_\_  
職務

\_\_\_\_\_  
披露日期

**通知——禁止再次披露物質濫用治療記錄：**

本通知涉及經患者或患者的個人代表同意而向您做出的患者物質濫用治療相關資訊披露。該資訊（即物質濫用治療記錄）是從受聯邦保密條例（42 CFR 第 2 部分）及《健康保險可攜性與責任法案》(HIPAA) 保護的記錄當中向您披露的。聯邦條例禁止您向上述第 1 部分未列出的組織披露此資訊，除非相關人員的書面同意或 42 CFR 第 2 部分明確允許進一步披露。對披露醫療或其他資訊的普通同意書不足以授權此用途的披露。聯邦條例限制用此資訊任何酗酒或藥物濫用患者進行刑事調查或檢舉。

**第 3 部分：撤銷同意資訊披露**

本人特此撤銷本人向以下個人、組織、機構或計畫提供的使用和披露**第 1 部分**中所述資訊的授權，他們的姓名和地址如下所示：

本人特此拒絕向以下個人、組織、機構或計畫提供使用和披露**第 1 部分**中所述資訊的同意，他們的姓名和地址如下所示：

患者簽名（或法定授權代表簽名）

日期

患者姓名（正楷）

如由代表簽署：代表（或父母/監護人）姓名（正楷）

如由代表簽署：請註明該代表代理患者簽字的權威性（例如，如代表是未成年患者的父母，則填寫「父母」）。

CSPOA 對患者資訊和分享同意書的問題解答

**1. CSPOA 提供者將如何使用我的資訊？**

如果您同意，CSPOA 提供者會將您的健康資訊用於以下用途：

- 協調您孩子的健康照護並管理其照護事宜
- 檢查您是否擁有健康保險以及保險的承保範圍
- 進行研究並讓患者得到更好的健康照護

您作出的選擇不會讓健康保險公司看到您的資訊，繼而判斷是否為您提供健康保險或者是否支付您的費用。

**2. 我的健康資訊來自哪裡？**

您的健康資訊來自曾經向您提供健康照護或健康保險的地方或人員。這些地方或人員可能包括醫院、醫生、藥房、實驗室、健康計畫（保險公司）、Medicaid 計畫和其他分享健康資訊的機構。欲知 PSYCKES 中的可用資訊清單，請瀏覽 PSYCKES 網站 ([www.psyckes.org](http://www.psyckes.org)) 並查閱「About PSYCKES」（關於 PSYCKES）版塊，或者請您的治療提供者列印一份清單。

**3. 哪些法律法規涵蓋了我的健康資訊能以哪些方式分享？**

相關法律法規包括《紐約州精神衛生法》(New York Mental Hygiene Law) 第 33.13 節、《紐約州公共衛生法》(New York Public Health Law) 第 27-F 條和聯邦保密條例，包括 42 CFR 第 2 部分、45 CFR 第 160 和 164 部分（這些條例簡稱為《健康保險可攜性與責任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)）。

**4. 如果我同意，誰可以獲取和看到我的資訊？**

可以看到您的健康資訊的人員僅限得到您的同意、可以獲取並查看您的健康資訊的人員，比如在 CSPOA 工作、參與您孩子的健康照護的醫生和其他人員，以及負責為您的孩子提供照護的 CSPOA 機構工作人員；這樣做是為了讓他們能夠檢查您孩子的健康保險情況，或者進行研究並讓所有患者得到更好的健康照護。

**5. 如果有人在未經我同意的情況下使用了我的資訊，怎麼辦？**

如果您認為有人使用了您孩子的資訊，而您並未同意將您孩子的資訊提供給此人，您可以致電您授權查看相關記錄的提供者之一、CSPOA（電話：347-396-7205）、聯邦檢察官辦公室（電話：212-637-2800），或者紐約州心理健康辦公室客戶關係部（電話：800-597-8481）。

**6. 我的同意有效期多長？**

您的同意將持續有效，直到您主動撤銷同意、CSPOA 終止營運，或者直至在 CSPOA 接受最後一次服務之日後的三年，以最先發生者為準。

**7. 如果我之後改變了主意，想撤銷同意，該怎麼辦？**

您可隨時撤銷同意書，只需簽署《撤銷同意聲明》(Withdrawal of Consent Form) 並將其交給 CSPOA 即可。請致電 347-396-7205 獲取此表單。注意：即使您日後決定撤銷您的同意書，已經擁有您資訊的提供者也不必將此資訊從其記錄中刪除。

**8. 我如何獲得本同意書的副本？**

您簽署本同意書之後，即可獲得一份副本。