

아동을 위한 단일 연락 창구

정보 공개에 대한 필수 동의

이 양식은 환자(아동) 또는 그들의 개인 대리인이 검토하고 서명해야 합니다. 환자가 18세 미만인 경우, 환자의 부모(또는 보호자)가 이 양식을 검토하고 서명해야 합니다. 이 양식을 작성함으로써, 집중적인 정신 건강 서비스를 위해 의뢰된 아동에게 계획, 케어 조정, 서비스를 제공할 목적으로 건강 정보, 약물 남용 치료 정보, 정신 건강 정보를 사용하고 공개하는 것이 허용됩니다. 기밀 HIV 관련 정보를 사용하거나 공개하려면 별도의 양식이 필요합니다.

정보를 사용하거나 공유할 수 있는 사람:

아동 이름: _____ 생년월일: _____

(이 문서에서 '내 아이' 또는 '귀하의 자녀'로 지칭됨)

파트 1: 정보 공개에 대한 필수 동의

A. 사용하거나 공유할 정보에 대한 설명:

귀하의 자녀에 대해 사용하거나 공유될 정보에는 다음 사항이 포함됩니다. 즉, 아동을 위한 단일 연락 창구(Children's Single Point of Access, CSPOA) 신청서, 교육, 의료 및 약물 남용 치료 기록, 그리고 정신 건강 평가 기록이 포함되며, 여기에는 정신과 및 심리 평가 기록, 심리사회적 평가 기록, 퇴원 보고서, 모든 관련 임상 데이터 및 기타 _____ 사항이 포함됩니다.

나는 이로써 내 아이를 의뢰하는 곳에서 뉴욕시의 CSPOA 프로그램을 통해 뉴욕시(NYC) 보건 및 정신위생국(보건 및 정신위생국)에 CSPOA 신청서 및 모든 기밀 정보(내 아이의 정신 건강 정보, 정신과 및 심리사회적 평가 기록, 약물 남용 치료 정보 및 의료 정보 포함)를 공유하는 것을 승인합니다. 나는 이로써 보건 및 정신위생국의 CSPOA가 내 아이의 자격 결정 및 케어 조정 활동을 위해 이 정보를 사용하고 공유하는 것을 승인합니다.

B. 정보의 목적 또는 필요성: 귀하의 자녀는 집중적인 정신 건강 서비스를 위해 의뢰되었습니다. CSPOA는 집중적인 정신 건강 서비스가 필요한 아동에 대한 자격을 결정하고 케어 조정 활동을 수행합니다. CSPOA 전문가는 귀하의 자녀에게 적절한 서비스가 제공될 수 있도록 신청서 및 위에 설명된 기타 정보를 검토해야 합니다.

C. 귀하는 CSPOA가 자녀의 정보를 다음 사람(들), 조직(들), 시설(들) 또는 프로그램(들)과 공유하고 자녀의 정보를 아래에 설명된 대로 사용하도록 승인합니다.

귀하의 자녀의 자격을 결정하고 케어 조정 활동을 수행하기 위해, CSPOA 전문가는:

- 자녀를 위한 치료에 대해 논의하기 위해 귀하와 의뢰를 하는 곳(평가를 완료한 사람 포함)에게 연락할 것입니다. 그리고
- 집중적인 정신 건강 서비스를 받기 위해 등록이 가능한 적절한 프로그램을 추천하고자 뉴욕주 정신보건국, 뉴욕시 보건국, 주 보건부 또는 Health Homes Servicing Children(Health Home Care Management 포함)을 통해 계약된 다양한 기관 및 조직과 위에 설명된 정보를 공유할 것입니다. 자녀의 정보를 받을 수 있는 기관 및 조직에는 케어 관리 기관, Non-Medicaid Care Coordination 제공자, Health Home Care Management 케어 매니저가 포함됩니다. 또한, 귀하는 의뢰가 다음 기관이나 프로그램과 논의되고 제공될 수 있음을 이해합니다. 발달 장애인 사무국, Family Resource Center, Intensive Crisis Stabilization and Treatment, Home-Based Crisis Intervention,

아동을 위한 단일 연락 창구

Functional Family Therapy(FFT), 뉴욕주 아동가족서비스국, 지역 사회복지부, Pre-Admission Certified Committee, 그리고

- Medicaid Analytics Performance Portal(MAPP)을 확인하여 귀하의 자녀가 프로그램에 등록되어 있는지 확인합니다.

D. 나의 권리: 나는 다음을 이해합니다.

1. 이 동의의 결과로 이 정보만 사용하고 공개될 수 있습니다.
2. 이 정보는 기밀이며 내 허락 없이 법적으로 공개될 수 없습니다.
3. 이 정보가 연방 개인정보 보호 규정을 준수할 필요가 없는 사람에게 공개되면, 재공개될 수 있으며 더 이상 보호되지 않을 수 있습니다.
4. 나는 언제든지 이 동의를 철회(취소)할 권리가 있습니다. 동의 철회는 뉴욕시 CSPOA가 제공한 양식에 서면으로 해야 합니다. 나는 내가 이전에 동의했기 때문에 내가 내 아이의 건강 정보를 사용하고 공개하도록 승인한 사람들이 이미 조치를 취한 것에 대해서는 동의 철회가 적용되지 않음을 알고 있습니다. 동의를 철회하려면, 나는 다음 주소로 뉴욕시 CSPOA에 편지를 보낼 것입니다.

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. 나는 이 동의에 강제로 서명할 필요가 없으며, 서명을 거부해도 내 능력이나 내 아이의 능력에 영향을 미치지 않고 Community Residence, Health Home Care Management, Non-Medicaid Care Coordination을 포함한 뉴욕주 정신보건국의 서비스를 받을 수 있습니다. 또한 내 자격이나 내 아이의 혜택 자격에 영향을 미치지 않을 것입니다.
6. 나는 45 CFR§164.524에 있는 연방 개인정보 보호 규정의 요구 사항에 따라 사용되고 공개될 내 아이의 건강 정보를 검토하고 복사할 권리가 있습니다.
7. 나는 내 아이가 더 이상 집중적인 정신 건강 서비스 중 하나를 받지 않을 때 이 동의가 만료됨을 이해합니다.

E. 주기적 사용 및 공개: 나는 위에서 밝힌 목적을 달성하기 위해 필요한 경우 위에서 설명한 정보를 주기적으로 사용하고 위에서 밝힌 사람, 조직, 시설 또는 프로그램에게 공개하는 것을 허용합니다.

아동을 위한 단일 연락 창구

파트 2: 서명

환자 서명: 나는 이 문서에 명시된 대로 내 아이의 의료 및 정신 건강 정보의 사용을 승인함을 증명합니다.

환자(또는 법적으로 승인된 대리인) 서명

날짜

환자 이름(인쇄체)

대리인이 서명한 경우, 대리인(또는 부모 또는 보호자)의 이름(인쇄체)

대리인이 서명한 경우, 환자를 대신하여 서명할 대리인의 권한을 설명하십시오(예를 들어, 대리인이 미성년 환자의 부모인 경우 “부모”라고 기재)

F. 증인 진술 및 서명: 나는 이 동의의 실행을 목격했으며, 서명된 동의서 사본이 환자 또는 환자의 개인 대리인에게 제공되었음을 진술합니다.

증인:

직원 이름 및 직위

동의서 제공 대상:

환자 이름

날짜:

시설에서 작성할 내용:

정보를 사용하고 공개하는 직원 서명

직위

공개 날짜

공지 - 약물 남용 치료 기록의 재공개 금지:

이 공지는 환자 또는 환자 개인 대리인의 동의로 귀하에게 공개된 환자의 약물 남용 치료 관련 정보의 공개에 관한 것입니다. 본 정보, 즉 약물 남용 치료 기록은 연방 기밀 규칙(42 CFR Part 2) 및 건강 보험 이전 및 책임법(HIPAA)에 의해 보호되는 기록으로부터 귀하에게 공개되었습니다. 연방 규칙은 정보가 관련된 사람의 서면 동의에 의해 명시적으로 허용되거나 42 CFR Part 2에 의해 달리 허용되지 않는 한, 본 정보를 위의 파트 1에 수록되지 않은 조직에게 공개하는 것을 금지합니다. 의료 또는 기타 정보 공개를 위한 일반 동의로는 이 목적(약물 남용 치료 기록의 공개)에 충분하지 않습니다. 연방 규칙은 알코올 또는 약물 남용 환자를 형사적으로 조사하거나 기소하기 위해 정보를 사용하는 것을 제한합니다.

파트 3: 정보 공개 동의 철회

나는 이로써 **파트 1**에 명시된 정보를 다음 이름과 주소를 가진 사람, 조직, 시설 또는 프로그램에게 사용하고 공개하는 내 승인을 철회합니다.

나는 이로써 **파트 1**에 명시된 사용 및 공개에 대한 동의를 다음 이름과 주소를 가진 사람, 조직, 시설 또는 프로그램에게 제공하기를 거부합니다.

환자(또는 법적으로 승인된 대리인) 서명

날짜

환자 이름(인쇄체)

대리인이 서명한 경우, 대리인(또는 부모 또는 보호자)의 이름(인쇄체)

대리인이 서명한 경우, 환자를 대신하여 서명할 대리인의 권한을 설명하십시오(예를 들어, 대리인이 미성년 환자의 부모인 경우 “부모”라고 기재)

CSPOA 환자 정보 및 공유 동의에 관한 질문

1. CSPOA 제공자는 내 정보를 어떻게 사용할 것인가?

귀하가 동의하시면, CSPOA 제공자는 귀하의 건강 정보를 다음과 같이 사용할 것입니다.

- 자녀의 건강 관리를 조정하고 자녀의 케어를 관리
- 귀하가 건강 보험을 가지고 있는지와 해당 보험이 무엇을 지불하는지 확인
- 환자를 위한 건강 관리를 연구하고 개선

귀하가 내린 선택은 건강 보험사가 귀하에게 건강 보험을 제공할지 또는 귀하의 청구서를 지불할지 여부를 결정하는 데 영향을 주지 않습니다.

2. 내 건강 정보는 어디에서 오는가?

귀하의 건강 정보는 과거에 귀하에게 의료를 제공했거나 건강 보험을 제공했던 기관과 담당자들로부터 옵니다. 여기에는 병원, 의사, 약국, 실험실, 건강 플랜(보험 회사), Medicaid 프로그램 및 건강 정보를 공유하는 기타 그룹이 포함될 수 있습니다. PSYCKES에서 사용 가능한 정보 목록을 보려면 www.psyckes.org에서 PSYCKES 웹사이트를 방문하여 "About PSYCKES"(PSYCKES 정보)를 참조하거나 치료 제공자에게 목록을 인쇄해 달라고 요청하십시오.

3. 내 건강 정보를 공유할 수 있는 방법을 규정하는 법률과 규칙은 무엇인가?

이러한 법률 및 규정에는 뉴욕 정신 위생법 섹션 33.13, 뉴욕 공중 보건법 조항 27-F, 42 CFR Part 2 및 45 CFR Parts 160 및 164(건강 보험 이전 및 책임법(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)으로 지칭되는 규칙)를 포함한 연방 기밀 규칙이 포함됩니다.

4. 내가 동의하면, 누가 내 정보를 얻고 볼 수 있는가?

귀하의 건강 정보를 볼 수 있는 유일한 사람들은 귀하가 정보를 얻고 볼 수 있도록 동의한 사람들입니다. 예를 들어, 의사와 CSPOA에서 일하며 자녀의 건강 관리에 관여하는 다른 사람들, 그리고 귀하의 자녀에게 케어를 제공하는 CSPOA 제공자를 위해 일하는 사람들로서 자녀의 건강 보험을 확인하거나 모든 환자를 위한 건강 관리를 연구하고 개선하는 데 도움을 주는 사람들이 포함됩니다.

5. 만약 내가 동의하지 않았는데 어떤 사람이 내 정보를 사용한다면 어떻게 되는가?

어떤 사람이 귀하의 자녀에 대한 정보를 사용했는데 귀하가 이 사람에게 정보 사용에 동의하지 않았다면 귀하는 귀하의 기록을 볼 수 있는 권한을 부여한 제공자들, CSPOA(347-396-7205), 미국 검찰청(212-637-2800) 또는 뉴욕주 정신보건국 고객 관계 부서(800-597-8481)에 전화하여 문제를 알아볼 수 있습니다.

6. 내 동의는 얼마나 오래 지속되는가?

귀하의 동의는 귀하가 동의를 철회하는 날까지, CSPOA가 중단되거나 CSPOA의 마지막 서비스 날짜로부터 3년 후 중 먼저 도래하는 날까지 지속됩니다.

7. 나중에 마음이 바뀌어 내 동의를 철회하고 싶으면 어떻게 하는가?

동의 철회 양식에 서명하고 CSPOA에 제출하여 언제든지 동의를 철회할 수 있습니다. 이 양식을 받으려면 347-396-7205로 전화하십시오. 참고: 나중에 동의를 철회하기로 결정하더라도, 이미 귀하의 정보를 가지고 있는 제공자는 그들의 기록에서 해당 정보를 제거할 필요가 없습니다.

8. 이 양식의 사본을 어떻게 얻을 수 있는가?

귀하는 서명한 후 이 양식의 사본을 가질 수 있습니다.