

Children's Single Point of Access (Pojedynczy Punkt Dostępu dla Dzieci)

WYMAGANA ZGODA NA UJAWNIECIE INFORMACJI

Niniejszy formularz musi zostać przeczytany i podpisany przez pacjenta (dziecko) lub jego przedstawiciela prawnego. Jeśli pacjent nie ma ukończonych 18 lat, formularz ten musi przeczytać i podpisać rodzic (lub opiekun) pacjenta. Niniejszy formularz służy do wyrażenia zgody na wykorzystywanie i ujawnianie informacji medycznych, informacji o leczeniu uzależnień i informacji o zdrowiu psychicznym na potrzeby planowania, koordynacji opieki oraz świadczenia usług dziecku objętemu intensywną opieką z zakresu zdrowia psychicznego. Do wykorzystywania lub ujawniania informacji poufnych związanych z wirusem HIV jest wymagany oddzielny formularz.

Osoba, której dane mogą zostać wykorzystane lub udostępnione:

Imię i nazwisko dziecka: _____ Data urodzenia: _____

(w niniejszym dokumencie określana jako „dziecko”)

CZĘŚĆ 1: Wymagana zgoda na udostępnienie informacji

A. Opis informacji, które mają być wykorzystywane lub udostępniane:

Informacje o dziecku, które będą wykorzystywane lub udostępniane, obejmują: wniosek dotyczący Pojedynczego Punktu Dostępu dla Dzieci (Children's Single Point of Access, CSPOA), informacje o edukacji, medyczne i dotyczące uzależnień oraz ocenę zdrowia psychicznego, w tym ocenę psychiatryczną i psychologiczną, oceny psychospołeczne, karty informacyjne ze szpitali, wszelkie istotne dane kliniczne i inne: _____.

Niniejszym upoważniam źródło skierowania mojego dziecka do udostępnienia wniosku dotyczącego CSPOA oraz wszystkich poufnych informacji (w tym informacji o zdrowiu psychicznym mojego dziecka, ocenie psychiatrycznej i psychospołecznej, informacji o leczeniu uzależnień oraz informacji medycznych) Wydziałowi Zdrowia i Higieny Psychicznego miasta Nowy Jork (Wydział Zdrowia) za pośrednictwem programu CSPOA miasta Nowy Jork (NYC). Niniejszym upoważniam CSPOA przy Wydziale Zdrowia do wykorzystywania i udostępniania tych informacji w celu ustalenia kwalifikowalności oraz koordynacji opieki nad dzieckiem.

B. Cel lub potrzeba uzyskania informacji: Dziecko zostało skierowane do korzystania z usług intensywnej opieki z zakresu zdrowia psychicznego. CSPOA ustala kwalifikowalność oraz działania wymagane do koordynacji opieki nad dziećmi wymagającymi intensywnej opieki z zakresu zdrowia psychicznego. Z informacjami zawartymi we wniosku, a także innymi informacjami opisanymi powyżej musi się zapoznać specjalista CSPOA, aby umożliwić zapewnienie dziecku odpowiednich usług.

C. Upoważniasz CSPOA do udostępniania informacji o dziecku następującym osobom, organizacjom, placówkom lub programom oraz do wykorzystywania informacji o dziecku w opisany poniżej sposób:

Aby ustalić kwalifikowalność dziecka i koordynację opieki nad nim, specjalista CSPOA:

- skontaktuje się z Tobą, a także ze źródłem skierowania, w tym z osobą, która przeprowadziła ocenę, aby omówić leczenie dziecka;
- udostępni opisane powyżej informacje różnym urzędom i organizacjom współpracującym z Biurem Zdrowia Psychicznego Stanu Nowy Jork, Wydziałem Zdrowia NYC, Stanowym Wydziałem Zdrowia lub programem Health Homes Servicing Children (w tym Health Home Care Management) w celu opracowywania zaleceń dotyczących odpowiedniego programu w celu ewentualnego zapisania się na usługi intensywnej opieki w zakresie zdrowia psychicznego. Do urzędów i organizacji, które mogą otrzymywać dane dziecka, należą między innymi agencje zarządzające opieką, świadczeniodawcy koordynacji opieki nieobjętej programem Medicaid, menedżerowie ds. opieki w programie Health Home Care Management. Ponadto rozumiesz, że skierowania mogą być omawiane z następującymi urzędami lub programami oraz im przekazywane: Biuro ds. Osób z Niepełnosprawnością Rozwojową, Family Resource Center, Intensive Crisis Stabilization and Treatment, Home-Based Crisis

Children's Single Point of Access (Pojedynczy Punkt Dostępu dla Dzieci)

Intervention, Functional Family Therapy (FFT), Biuro ds. Usług dla Dzieci i Rodzin Stanu Nowy Jork, Lokalny Wydział Usług Socjalnych i Pre-Admission Certified Committee;

- sprawdzi w Medicaid Analytics Performance Portal (MAPP), czy dziecko jest zapisane do programu.

D. Moje prawa: Rozumiem, że:

1. Na podstawie niniejszej zgody mogą być wykorzystywane i ujawniane tylko te informacje.
2. Informacje te są poufne i nie mogą zostać ujawnione zgodnie z prawem bez mojej zgody.
3. Jeśli te informacje zostaną ujawnione osobie, która nie jest zobowiązana do przestrzegania federalnych przepisów o ochronie prywatności, mogą zostać ujawnione ponownie i nie będą już podlegać ochronie.
4. Niniejszą zgodę mam prawo wycofać w dowolnym momencie. Wycofać zgodę należy w formie pisemnej, na formularzu dostarczonym przez CSPOA w NYC. Zdaję sobie sprawę z tego, że wycofanie zgody nie będzie miało zastosowania, jeśli osoby upoważnione przeze mnie do wykorzystywania i ujawniania informacji o zdrowiu dziecka podjęły już działania na podstawie mojej wcześniejszej zgody. Aby wycofać zgodę, napiszę do CSPOA w NYC pismo na adres:

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. Nie muszę podpisywać tej zgody, a odmowa jej podpisania nie będzie miała wpływu na zdolność moją lub dziecka do korzystania z usług Biura Zdrowia Psychicznego Stanu Nowy Jork, w tym z programów Community Residence, Health Home Care Management i Non-Medicaid Care Coordination, a także nie będzie mieć wpływu na kwalifikowalność moją lub dziecka do korzystania ze świadczeń.
6. Mam prawo przeglądać i kopiować informacje dotyczące zdrowia dziecka, które mają być wykorzystywane i ujawniane zgodnie z wymogami federalnych przepisów o ochronie prywatności zawartych w 45 CFR §164.524.
7. Rozumiem, że niniejsza zgoda straci ważność, kiedy dziecko nie będzie już korzystało z jednej z usług intensywniej opieki w zakresie zdrowia psychicznego.

E. Okresowe wykorzystywanie i ujawnianie: Niniejszym wyrażam zgodę na okresowe wykorzystywanie i ujawnianie opisanych powyżej informacji wskazanej powyżej osobie, organizacji, placówce lub programowi w zakresie niezbędnym do realizacji wskazanego powyżej celu.

Children's Single Point of Access (Pojedynczy Punkt Dostępu dla Dzieci)

CZĘŚĆ 2: Podpis

Podpis pacjenta: Niniejszym wyrażam zgodę na wykorzystanie informacji medycznych i dotyczących zdrowia psychicznego mojego dziecka zgodnie z postanowieniami niniejszego dokumentu.

Podpis pacjenta (lub prawnie upoważnionego przedstawiciela)

Data

Imię i nazwisko pacjenta (drukowanymi literami)

Jeżeli podpisuje przedstawiciel, imię i nazwisko przedstawiciela (albo rodzica lub opiekuna) drukowanymi literami

Jeżeli podpisuje przedstawiciel, opisać uprawnienia przedstawiciela do złożenia podpisu w imieniu pacjenta (np. „rodzic”, jeżeli przedstawiciel jest rodzicem niepełnoletniego pacjenta)

F. Oświadczenie i podpis świadka: Oświadczam, że niniejsza zgoda została podpisana w mojej obecności, a kopię podpisanej zgody przekazano pacjentowi lub przedstawicielowi pacjenta.

ŚWIADEK: _____
Imię i nazwisko oraz stanowisko członka personelu

Zgoda została przekazana: _____
Imię i nazwisko pacjenta

Data: _____

Do wypełnienia przez placówkę: _____
Podpis członka personelu wykorzystującego i ujawniającego informacje

Stanowisko

Data ujawnienia

Informacja — zakazy dotyczące dalszego ujawniania danych dotyczących leczenia uzależnień

Niniejsze powiadomienie dotyczy ujawniania informacji o leczeniu uzależnienia pacjenta od substancji psychoaktywnych, przekazanych za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela. Niniejsze informacje, czyli dokumentacja dotycząca leczenia uzależnień, zostały udostępnione z dokumentacji chronionej federalnymi przepisami o poufności danych (42 CFR Part 2) oraz Ustawą o przenoszalności i odpowiedzialności w ubezpieczeniach zdrowotnych (HIPAA). Przepisy federalne zabraniają ujawniania tych informacji organizacjom niewymienionym w części 1 powyżej, chyba że dalsze ujawnianie jest wyraźnie dozwolone na podstawie pisemnej zgody osoby, której dotyczą te informacje, lub dozwolone w inny sposób na mocy przepisów 42 CFR Part 2. Ogólna zgoda na udostępnienie informacji medycznych lub innych informacji NIE jest w tym celu wystarczająca. Przepisy federalne ograniczają wszelkie wykorzystanie tych informacji w celu prowadzenia dochodzeń karnych lub ścigania pacjentów nadużywających alkoholu lub narkotyków.

Children's Single Point of Access (Pojedynczy Punkt Dostępu dla Dzieci)

CZĘŚĆ 3: Wycofanie zgody na udostępnienie informacji

Niniejszym wycofuję swoją zgodę na wykorzystywanie i ujawnianie informacji wskazanych w **Części 1** osobie, organizacji, placówce lub programowi, którego imię i nazwisko lub nazwa i adres to:

Niniejszym odmawiam wyrażenia zgody na wykorzystanie i ujawnienie danych wskazanych w **Części 1** osobie, organizacji, placówce lub programowi, którego imię i nazwisko lub nazwa i adres to:

Podpis pacjenta (lub prawnie upoważnionego przedstawiciela)

Data

Imię i nazwisko pacjenta (drukowanymi literami)

Jeżeli podpisuje przedstawiciel, imię i nazwisko przedstawiciela (albo rodzica lub opiekuna) drukowanymi literami

Jeżeli podpisuje przedstawiciel, opisać uprawnienia przedstawiciela do złożenia podpisu w imieniu pacjenta (np. „rodzic”, jeżeli przedstawiciel jest rodzicem niepełnoletniego pacjenta)

Pytania dotyczące CSPOA oraz informacji o pacjencie i zgody na ich udostępnianie

1. W jaki sposób dostawcy CSPOA będą wykorzystywać moje informacje?

Jeśli wyrazisz zgodę, dostawcy CSPOA będą wykorzystywać Twoje informacje medyczne w celu:

- koordynacji opieki zdrowotnej nad dzieckiem i zarządzania opieką nad nim;
- sprawdzenia, czy masz ubezpieczenie zdrowotne i jakie koszty ono pokrywa;
- badania i ulepszania opieki zdrowotnej dla pacjentów.

Twój wybór NIE daje ubezpieczycielowi zdrowotnemu dostępu do Twoich danych w celu podjęcia decyzji o udzieleniu Ci ubezpieczenia zdrowotnego lub opłaceniu rachunków.

2. Skąd pochodzą informacje na temat mojego zdrowia?

Informacje na temat Twojego zdrowia pochodzą ze źródeł i od osób, które w przeszłości świadczyły Ci usługi opieki zdrowotnej lub zapewniały ubezpieczenie zdrowotne. Mogą to być szpitale, lekarze, apteki, laboratoria, plany ubezpieczeń zdrowotnych (firmy ubezpieczeniowe), program Medicaid i inne podmioty, które dzielą się informacjami medycznymi. Aby uzyskać listę informacji dostępnych w PSYCKES, odwiedź witrynę PSYCKES pod adresem www.psyckes.org i zapoznaj się z sekcją „About PSYCKES” (Informacje o PSYCKES) lub poproś swojego dostawcę leczenia o wydrukowanie tej listy.

3. Jakie przepisy regulują sposób udostępniania informacji o moim zdrowiu?

Są to między innymi: Ustawa stanu Nowy Jork o higienie psychicznej, artykuł 33.13, Ustawa stanu Nowy Jork o zdrowiu publicznym, artykuł 27-F oraz federalne przepisy dotyczące poufności danych, w tym 42 CFR Part 2 oraz 45 CFR Part 160 i 164 (które są określane jako „Ustawa o przenoszalności i odpowiedzialności w ubezpieczeniach zdrowotnych, HIPAA”).

4. Jeżeli wyrażę zgodę, kto może uzyskać i zobaczyć moje informacje?

Informacje dotyczące Twojego zdrowia mogą przeglądać tylko te osoby, które otrzymały Twoją zgodę na dostęp do nich i wgląd, np. lekarze i inne osoby pracujące dla CSPOA, które zajmują się opieką zdrowotną dziecka, a także osoby pracujące dla dostawcy CSPOA, który opiekuje się dzieckiem. Informacje te pomogą im sprawdzić ubezpieczenie zdrowotne dziecka lub badać i ulepszać opiekę zdrowotną dla wszystkich pacjentów.

5. Co się stanie, jeśli ktoś wykorzysta moje dane bez mojej zgody?

Jeśli uważasz, że ktoś wykorzystał dane dziecka bez Twojej zgody na ich przekazanie tej osobie, możesz zadzwonić do jednego z dostawców, którzy uzyskali Twoją zgodę na wgląd w dane, do CSPOA pod numerem 347-396-7205, do Prokuratury Stanów Zjednoczonych pod numerem 212-637-2800 lub do Biura ds. Relacji z Interesantami w Wydziale Zdrowia Psychicznego Stanu Nowy Jork pod numerem 800-597-8481.

6. Jak długo zachowuje ważność moja zgoda?

Zgoda zachowuje ważność do dnia jej wycofania, do zakończenia działania CSPOA lub do trzech lat od daty ostatniego świadczenia usług w ramach CSPOA, w zależności od tego, co nastąpi wcześniej.

7. Co się stanie, jeśli później zmienię zdanie i zechcę wycofać zgodę?

Zgodę można wycofać w dowolnym momencie, podpisując Formularz wycofania zgody i przekazując go CSPOA. Aby otrzymać ten formularz, należy zadzwonić pod numer 347-396-7205. Uwaga: nawet jeżeli zdecydujesz się później wycofać zgodę, dostawcy, którzy już mają Twoje dane, nie muszą ich usuwać ze swoich rejestrów.

8. Jak mogę otrzymać kopię tego formularza?

Po podpisaniu formularza możesz otrzymać jego kopię.