

НЕОБХОДИМОЕ СОГЛАСИЕ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ

Пациент (ребенок) или его личный представитель должен ознакомиться с этой формой и подписать ее. Если пациенту еще не исполнилось 18 лет, родитель (или опекун) пациента должен ознакомиться с этой формой и подписать ее. Данная форма разрешает использование и раскрытие медицинской информации, информации о лечении злоупотребления психоактивными веществами и информации о психическом здоровье в целях планирования, координации медицинского обслуживания и предоставления услуг для детей, направляемых на получение интенсивных услуг в области психического здоровья. Для использования или раскрытия конфиденциальной информации, связанной с ВИЧ, необходима отдельная форма.

Лицо, чья информация может быть использована или передана:

Имя и фамилия ребенка: _____ Дата рождения: _____

(упоминаемый в этом документе как «мой ребенок» или «ваш ребенок»)

ЧАСТЬ 1. Необходимое разрешение на раскрытие информации

А. Описание информации, которая будет использована или передана

Информация о вашем ребенке, которая будет использоваться или передаваться, включает: заявление в программу «Единая точка доступа для детей» (Children's Single Point of Access, CSPOA), данные об учебе, медицинском обслуживании, лечении злоупотребления психоактивными веществами и данные оценок психического здоровья, включая следующее: данные психиатрических и психологических оценок, данные оценок психосоциального развития, данные выписок из истории болезни, все соответствующие клинические данные и другое: _____.

Настоящим я разрешаю лицу, выдавшему направление для моего ребенка, передать данные заявления на участие в программе CSPOA и всю конфиденциальную информацию (включая информацию о психическом здоровье, данные психиатрических и психосоциальных оценок, данные о лечении злоупотребления психоактивными веществами и медицинскую информацию моего ребенка) в Департамент здравоохранения и психической гигиены г. Нью-Йорка (New York City Department of Health and Mental Hygiene) через программу CSPOA г. Нью-Йорка (NYC). Настоящим я разрешаю программе CSPOA Департамента здравоохранения использовать и передавать данную информацию для оценки соответствия моего ребенка установленным критериям и координации его обслуживания.

В. Цель или потребность в информации. Ваш ребенок был направлен на получение интенсивных услуг в области психического здоровья. CSPOA проводит оценку соответствия установленным критериям и обеспечивает координацию медицинского обслуживания детей, которым требуются интенсивные услуги в области психического здоровья. Специалист программы CSPOA должен проверить данные заявления и другую описанную выше информацию, чтобы ваш ребенок мог получать необходимые услуги.

С. Вы разрешаете программе CSPOA передавать информацию вашего ребенка следующим лицам, организациям, учреждениям или программам и использовать информацию вашего ребенка, как описано ниже.

Чтобы выполнить оценку соответствия вашего ребенка установленным критериям и обеспечить координацию его медицинского обслуживания, специалист программы CSPOA:

- Свяжется с вами (наряду с лицом, выдавшим направление, и лицом, проводившим оценки), чтобы обсудить лечение вашего ребенка.
- Предоставит описанную выше информацию различным органам и организациям, которые заключили с Управлением штата Нью-Йорк по охране психического здоровья, Департаментом здравоохранения NYC, Департаментом здравоохранения штата или программой Health Homes Servicing Children (включая Health Home Care Management) договор на предоставление рекомендаций для соответствующей программы, в которую, возможно, будет включен ребенок для получения интенсивных услуг в области психического здоровья. Органы и организации, которые могут получить информацию вашего ребенка, включают: агентства по координации медицинского обслуживания, поставщиков услуг программы Non-Medicaid Care Coordination, менеджеров по обслуживанию программы Health Home Care Management. Помимо этого, вы должны понимать, что направления могут обсуждаться со следующими органами или программами: Управление по делам людей с инвалидностью вследствие пороков развития, Family Resource Center, Intensive Crisis Stabilization and Treatment, Home-Based Crisis Intervention, Functional

Единая точка доступа для детей

Family Therapy (FFT), Управление по делам семьи и детей штата Нью-Йорк, местное отделение социального обслуживания и Pre-Admission Certified Committee.

- Зайдет на портал Medicaid Analytics Performance Portal (MAPP), чтобы проверить регистрацию вашего ребенка в программе.

D. Мои права. Я понимаю следующее:

1. В соответствии с данным согласием только указанная информация может использоваться и раскрываться.
2. Эта информация является конфиденциальной, по закону она не может быть раскрыта без моего разрешения.
3. Если эта информация будет раскрыта кому-либо, кто не обязан соблюдать федеральные правила защиты конфиденциальности, она может быть в дальнейшем раскрыта и больше не будет защищена.
4. У меня есть право в любое время отозвать (забрать) данное согласие. Отзыв согласия должен быть оформлен в письменном виде с использованием формы, предоставленной мне сотрудником программы CSPOA в NYC. Я понимаю, что отзыв согласия не будет применен, если лица или организации, которым я разрешил(-а) использовать и раскрывать медицинскую информацию моего ребенка, уже предприняли действия в связи с моим ранее представленным согласием. Чтобы отозвать согласие, я должен отправить запрос в программу CSPOA в NYC по адресу:

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. Я не обязан(-а) подписывать данное согласие, и мой отказ его подписать не повлияет на возможность моего ребенка получать услуги Управления штата Нью-Йорк по охране психического здоровья, включая: услуги программ Community Residence, Health Home Care Management и Non-Medicaid Care Coordination; также он не повлияет на мое соответствие или соответствие моего ребенка установленным критериям для получения льгот.
6. У меня есть право просматривать и копировать медицинскую информацию моего ребенка, которую будут использовать и раскрывать в соответствии с требованиями федеральных правил защиты конфиденциальности, изложенных в 45 CFR §164.524.
7. Я понимаю, что действие данного согласия прекратиться, когда мой ребенок прекратит получать одну из интенсивных услуг в области психического здоровья.

E. Периодическое использование и раскрытие. Настоящим я разрешаю указанному выше лицу, организации, учреждению или программе периодически использовать и раскрывать описанную выше информацию, когда это необходимо для достижения указанной выше цели.

ЧАСТЬ 2. Подпись

Подпись пациента. Я подтверждаю, что я разрешаю использовать медицинскую информацию и информации о психическом здоровье моего ребенка, как указано в данном документе.

Подпись пациента (или законного представителя)

Дата

Имя и фамилия (разборчиво)

Если подписано представителем, имя и фамилия представителя (либо родителя или опекуна) (разборчиво)

Если подписано представителем, укажите полномочия представителя подписывать документ от имени пациента (например, укажите «родитель», если представитель является родителем несовершеннолетнего пациента).

Г. Заявление и подпись свидетеля. Я был(-а) свидетелем оформления данной формы согласия и заявляю, что пациенту или его/ее личному представителю была предоставлена копия подписанного согласия.

ОФОРМЛЕНО В ПРИСУТСТВИИ СВИДЕТЕЛЯ:

Имя, фамилия, должность сотрудника

Согласие предоставлено:

Имя и фамилия пациента

Дата:

Заполняется сотрудником учреждения:

Подпись сотрудника, который будет использовать и раскрывать информацию

Должность

Дата выдачи

Уведомление. Запрет на повторное раскрытие сведений о лечении злоупотребления психоактивными веществами

Это уведомление касается раскрытия информации о лечении злоупотребления психоактивными веществами, которую вы получили с согласия данного пациента или его личного представителя. Эта информация, а именно сведения о лечении злоупотребления психоактивными веществами, была раскрыта вам из документов, которые находятся под защитой Федеральных правил обеспечения конфиденциальности (42 CFR Part 2) и Закона об унификации и учете в области медицинского страхования (HIPAA). Федеральные правила запрещают раскрывать подобную информацию организациям, не указанным в части 1 этого документа, кроме случаев, когда дополнительное раскрытие явно разрешено письменным согласием лица, которому она принадлежит, или случаев, предусмотренных 42 CFR Part 2. Общее согласие на раскрытие медицинской или другой информации НЕ является достаточным для данной цели. Федеральные правила ограничивают любое использование информации для уголовного расследования или обвинения пациента с алкогольной или наркотической зависимостью.

ЧАСТЬ 3. Отзыв согласия на раскрытие информации

Настоящим я отзываю свое разрешение на использование и раскрытие информации, указанной в **части 1**, лицу, организации, учреждению или программе, чье имя и фамилия / название и адрес указаны ниже:

Настоящим я отказываюсь предоставить согласие на использование и раскрытие информации, указанной в **части 1**, лицу, организации, учреждению или программе, чье имя и фамилия / название и адрес указаны ниже:

Подпись пациента (или законного представителя)

Дата

Имя и фамилия (разборчиво)

Если подписано представителем, имя и фамилия представителя (либо родителя или опекуна) (разборчиво)

Если подписано представителем, укажите полномочия представителя подписывать документ от имени пациента (например, укажите «родитель», если представитель является родителем несовершеннолетнего пациента).

Вопросы к CSPOA об информации пациента и согласии на ее предоставление

1. Каким образом поставщики услуг программы CSPOA будут использовать мою информацию?

Если вы согласитесь, поставщики услуг программы CSPOA будут использовать вашу медицинскую информацию для того, чтобы:

- координировать медицинское обслуживание вашего ребенка и управлять им;
- проверить, есть ли у вас медицинская страховка и что она покрывает;
- оценивать и совершенствовать качество медицинского обслуживания пациентов.

Ваш выбор НЕ дает медицинским страховым компаниям право доступа к вашей информации для принятия решения о предоставлении медицинской страховки или оплате ваших счетов.

2. Откуда поступает моя медицинская информация?

Ваша медицинская информация поступает от организаций и людей, которые предоставляли вам медицинское обслуживание или медицинское страхование в прошлом. Это могут быть больницы, врачи, аптеки, лаборатории, планы медицинского страхования (страховые компании), программа Medicaid и другие группы, которые предоставляют медицинскую информацию. Список информации доступен в веб-приложении PSYCKES. Вы можете увидеть его на сайте PSYCKES www.psyckes.org в разделе «About PSYCKES» (О приложении PSYCKES) или попросите своего врача распечатать его для вас.

3. Какие законы и правила регулируют процедуры предоставления моей медицинской информации?

Эти законы и правила включают раздел 33.13 Закона штата Нью-Йорк о психической гигиене, статью 27-F Закона об общественном здравоохранении штата Нью-Йорк и федеральные правила обеспечения конфиденциальности, включая 42 CFR Part 2 и 45 CFR Parts 160 и 164 (эти правила называют Законом об унификации и учете в области медицинского страхования [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA]).

4. Если я соглашусь, кто сможет получать и просматривать мою информацию?

Единственными лицами, которые смогут получать вашу медицинскую информацию и просматривать ее, являются те, кому вы дадите свое разрешение на это, например, врачи и другие лица, которые сотрудничают с программой CSPOA и участвуют в предоставлении медицинского обслуживания вашему ребенку, и лица, которые работают у поставщика услуг программы CSPOA, предоставляющего медицинское обслуживание вашему ребенку, которые помогают ему проверить медицинскую страховку вашего ребенка или оценивать и совершенствовать качество медицинского обслуживания всех пациентов.

5. Что делать, если кто-либо использует мою информацию без моего разрешения?

Если вы считаете, что кто-то использовал информацию вашего ребенка без вашего разрешения, вы можете позвонить одному из поставщиков, которому вы дали разрешение на просмотр ваших данных, в программу CSPOA по телефону 347-396-7205, в отделение Федеральной прокуратуры США по телефону 212-637-2800 или в отдел по работе с клиентами Управления штата Нью-Йорк по охране психического здоровья по телефону 800-597-8481.

6. Каков срок действия моего согласия?

Ваше согласие останется в силе, пока вы его не отзовете или не выйдете из CSPOA, либо через три года после последней даты получения услуг CSPOA, в зависимости от того, что наступит раньше.

7. Что делать, если позже я передумаю и захочу отозвать свое согласие?

Вы можете в любое время отозвать свое согласие, подписав форму отзыва согласия и передав ее в CSPOA. Позвоните по телефону 347-396-7205, чтобы получить эту форму. Примечание. Даже если вы впоследствии решите отозвать свое согласие, поставщики, которые уже получили вашу информацию, не должны будут изымать ее из своих документов.

8. Как я могу получить копию этой формы?

Вы можете получить копию этой формы после ее подписания.