

信息披露必要同意书

本同意书必须由患者（儿童）或其个人代表审核并签署。如果患者未满 18 周岁，则本同意书必须由其家长（或监护人）审核并签署。本同意书允许我们使用和披露患者的健康信息、物质滥用治疗信息和心理健康信息，以便为转介至接受强化心理健康服务的儿童制定计划、协调护理和提供服务。如果涉及使用或披露与 HIV 相关的保密信息，还须另行填写一份单独的同意书。

其信息拟被使用或分享的人员：

儿童姓名：_____ 出生日期：_____

（本文中称为“我的孩子”或“您的孩子”）。

第 1 部分：信息披露必要同意书

A. 拟被使用或分享的信息说明：

拟被使用或分享的有关您孩子的信息包括：儿童一站式服务 (Children’s Single Point of Access, CSPOA) 申请表、教育、医疗和物质滥用治疗以及心理健康评估信息，包括：精神和心理评估、社会心理评估、出院报告、所有相关临床数据及其他信息：_____。

本人特此授权我孩子的转介方通过纽约市的 CSPOA 计划向纽约市健康与心理卫生局（简称：卫生局）分享 CSPOA 申请表以及所有保密信息（包括我的孩子的心理健康信息、精神和社会心理评估、物质滥用治疗信息以及医疗信息）。本人特此授权卫生局的 CSPOA 计划使用和分享此信息，以为我的孩子确定资格和护理协调活动。

B. 提供信息的目的或需求： 您的孩子已被转介至接受强化心理健康服务。CSPOA 负责确定需要强化心理健康服务之儿童的资格及所需的护理协调活动。CSPOA 专家必须审核申请信息以及上述其他信息，以便为您的孩子提供适当的服务。

C. 您授权 CSPOA 与下列人员、组织、机构或计划分享您的孩子的信息，并按下述方式使用您孩子的信息：

为了确定您孩子的资格和护理协调活动，CSPOA 专家将：

- 联络您（转介方、包括评估人员也可能联络您），以讨论您孩子的治疗方案；以及
- 与已通过纽约州心理健康办公室、纽约市卫生局、州卫生署或 Health Homes Servicing Children（包括 Health Home Care Management）签约的各种机构及组织分享上述信息，以便推荐您的孩子参加合适的计划并接受强化心理健康服务。可能接收您孩子信息的机构和组织包括：护理管理机构、Non-Medicaid Care Coordination（非 Medicaid 护理协调）提供者、Health Home Care Management（健康之家护理管理）护理经理。此外您还应理解，我们可能会与以下机构或计划讨论并向其提供转介：发育障碍者办公室、Family Resource Center（家庭资源中心）、Intensive Crisis Stabilization and Treatment（强化危机稳定与治疗）、Home-Based Crisis Intervention（居家危机干预）、Functional Family Therapy（功能性家庭治疗，简称：FFT）、纽约州儿童和家庭服务办公室、当地社会服务部门和 Pre-Admission Certified Committee（治疗前认证委员会）；以及
- 查看 Medicaid Analytics Performance Portal (MAPP) 以确定您的孩子是否已参加某个计划。

D. 我的权利：我明白：

1. 本同意书仅授权使用和披露这些信息。
2. 这些信息均为保密信息，未经本人许可不得披露，违者违法。
3. 如果这些信息被披露给不需要遵守联邦隐私保护法规的人士，那么这些信息可能会被再次披露，并不再受到保护。
4. 我有权随时撤销（收回）此同意。撤销同意时，我必须使用纽约市 CSPOA 提供给我的书面表格。我知道，如果经我授权使用和披露我孩子健康信息的人士已经根据我先前的同意采取了行动，则撤销同意将不再适用。如需撤销同意，我应该写信给纽约市 CSPOA，地址为：
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. 我并非必须签署本同意书，且我拒绝签署本同意书既不会影响我或我的孩子从纽约州心理健康办公室获得服务（包括 Community Residence、Health Home Care Management 和 Non-Medicaid Care Coordination）的能力；也不会影响我或我的孩子享受各种福利的资格。
6. 我有权查看和复制我孩子的健康信息，并根据 45 CFR§164.524 项下联邦隐私保护法规的要求使用和披露这些信息。
7. 我明白，本同意书将在我的孩子不再接受这些强化心理健康服务时失效。

E. 定期使用和披露：本人特此允许定期使用上述信息，并在必要时向上述个人、组织、设施或计划披露这些信息，以实现上述界定的目的。

儿童一站式服务

第 2 部分：签名

患者签名： 本人特此证明，本人授权按照本文件所述使用我的孩子的医疗和心理健康信息。

患者签名（或法定授权代表签名）

日期

患者姓名（正楷）

如由代表签署：代表（或父母/监护人）姓名（正楷）

如由代表签署：请注明该代表代理患者签字的权威性（例如，如代表是未成年患者的父母，则填写“父母”）。

F. 见证人声明和签名： 本人亲眼见证了本同意书的签署过程，且本人声明，患者或患者的个人代表已获得提供一份已签署的同意书副本。

见证人：

工作人员的姓名和职务

同意书提供给：

患者姓名

日期：

由机构填写：

使用和披露信息的工作人员签名

职务

披露日期

通知——禁止再次披露物质滥用治疗纪录：

本通知涉及经患者或患者的个人代表同意而向您做出的患者物质滥用治疗相关信息披露。该信息（即物质滥用治疗纪录）是从受联邦保密条例（42 CFR 第 2 部分）及《医疗保险可移植性与责任法案》(HIPAA) 保护的纪录当中向您披露的。联邦条例禁止您向上述第 1 部分未列出的组织披露此信息，除非相关人员的书面同意或 42 CFR 第 2 部分明确允许进一步披露。对披露医疗或其他信息的普通同意书不足以授权此用途的披露。联邦条例限制用此信息任何酗酒或药物滥用患者进行刑事调查或检举。

儿童一站式服务

第 3 部分：撤销同意信息披露

本人特此撤销本人向以下个人、组织、机构或计划提供的使用和披露**第 1 部分**中所述信息的授权，他们的姓名和地址如下所示：

本人特此拒绝向以下个人、组织、机构或计划提供使用和披露**第 1 部分**中所述信息的同意，他们的姓名和地址如下所示：

患者签名（或法定授权代表签名）

日期

患者姓名（正楷）

如由代表签署：代表（或父母/监护人）姓名（正楷）

如由代表签署：请注明该代表代理患者签字的权威性（例如，如代表是未成年患者的父母，则填写“父母”）。

CSPOA 对患者信息和分享同意书的问题解答

1. CSPOA 提供者将如何使用我的信息？

如果您同意，CSPOA 提供者会将您的健康信息用于以下用途：

- 协调您孩子的医疗保健并管理其护理事宜
- 检查您是否拥有医疗保险以及保险的承保范围
- 进行研究并让患者得到更好的医疗保健

您作出的选择不会让医疗保险公司看到您的信息，继而判断是否为您提供医疗保险或者是否支付您的费用。

2. 我的健康信息来自哪里？

您的健康信息来自曾经向您提供医疗保健或医疗保险的地方或人员。这些地方或人员可能包括医院、医生、药房、实验室、健康计划（保险公司）、Medicaid 计划和其他分享健康信息的机构。欲知 PSYCKES 中的可用指令清单，请浏览 PSYCKES 网站 (www.psyckes.org) 并查阅“About PSYCKES”（关于 PSYCKES）版块，或者请您的治疗提供者打印一份清单。

3. 哪些法律法规涵盖了我的健康信息能以哪些方式分享？

相关法律法规包括《纽约州精神卫生法》(New York Mental Hygiene Law) 第 33.13 节、《纽约州公共卫生法》(New York Public Health Law) 第 27-F 条和联邦保密条例，包括 42 CFR 第 2 部分、45 CFR 第 160 和 164 部分（这些条例简称为《医疗保险可移植性与责任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)）。

4. 如果我同意，谁可以获取和看到我的信息？

可以看到您的健康信息的人员仅限得到您的同意、可以获取并查看您的健康信息的人员，比如在 CSPOA 工作、参与您孩子的医疗保健的医生和其他人员，以及负责为您的孩子提供护理的 CSPOA 机构工作人员；这样做是为了让他们能够检查您孩子的医疗保险情况，或者进行研究并让所有患者得到更好的医疗保健。

5. 如果有人未经我同意的情况下使用了我的信息，怎么办？

如果您认为有人使用了您孩子的信息，而您并未同意将您孩子的信息提供给此人，您可以致电您授权查看相关纪录的提供者之一、CSPOA（电话：347-396-7205）、联邦检察官办公室（电话：212-637-2800），或者纽约州心理健康办公室客户关系部（电话：800-597-8481）。

6. 我的同意有效期多长？

您的同意将持续有效，直到您主动撤销同意、CSPOA 终止营运，或者直至在 CSPOA 接受最后一次服务之日后的三年，以最先发生者为准。

7. 如果我之后改变了主意，想撤销同意，该怎么办？

您可随时撤销同意书，只需签署《撤销同意声明》(Withdrawal of Consent Form) 并将其交给 CSPOA 即可。请致电 347-396-7205 获取此表格。注意：即使您日后决定撤销您的同意书，已经拥有您信息的提供者也不必将此信息从其纪录中删除。

8. 我如何获得本同意书的副本？

您签署本同意书之后，即可获得一份副本。