

Point d'accès unique pour les enfants

CONSENTEMENT REQUIS POUR LA DIVULGATION D'INFORMATIONS

Ce formulaire doit être examiné et signé par le/la patient(e) (enfant) ou son représentant personnel. Si le/la patient(e) a moins de 18 ans, le parent (ou le tuteur) du/de la patient(e) doit examiner et signer ce formulaire. Ce formulaire autorise l'utilisation et la divulgation d'informations sur la santé, sur le traitement de la toxicomanie et sur la santé mentale à des fins de planification, de coordination des soins et de prestation de services pour l'enfant orienté vers des services de santé mentale intensifs. Un formulaire séparé est requis pour utiliser ou divulguer des informations confidentielles liées au VIH.

Personne dont les informations peuvent être utilisées ou partagées :

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____

(Appelé dans ce document « mon enfant » ou « votre enfant »)

PARTIE 1 : Consentement requis de divulgation d'informations

A. Description des informations qui seront utilisées ou partagées :

Les informations sur votre enfant qui seront utilisées ou partagées comprennent : le formulaire de demande du point d'accès unique pour les enfants (Children's Single Point of Access, CSPOA), les évaluations scolaires, médicales, de traitement de la toxicomanie et de santé mentale, y compris les évaluations psychiatriques et psychologiques, les évaluations psychosociales, les rapports de sortie, toutes les données cliniques pertinentes et autres : _____.

J'autorise par la présente la source de l'orientation de mon enfant à partager le formulaire de demande CSPOA et toutes les informations confidentielles (y compris les informations sur la santé mentale, l'évaluation psychiatrique et psychosociale, les informations sur le traitement de la toxicomanie et les informations médicales de mon enfant) avec le Département de la santé et de l'hygiène mentale de la ville de New York (le Département de la santé) par l'intermédiaire du programme CSPOA de la ville de New York (NYC). J'autorise par la présente le CSPOA du Département de la santé à utiliser et à partager ces informations pour déterminer l'admissibilité et les activités de coordination des soins pour mon enfant.

B. Objectif ou nécessité des informations : votre enfant a été orienté vers des services de santé mentale intensifs. Le CSPOA détermine l'admissibilité et les activités de coordination des soins pour les enfants ayant besoin de services de santé mentale intensifs. Un spécialiste du CSPOA doit examiner les informations de la demande et les autres informations décrites ci-dessus afin que les services appropriés puissent être fournis à votre enfant.

C. Vous autorisez le CSPOA à partager les informations de votre enfant avec la ou les personnes, organisations, établissements ou programmes suivants et à utiliser les informations de votre enfant comme décrit ci-dessous :

Pour déterminer l'admissibilité et les activités de coordination des soins pour votre enfant, un spécialiste du CSPOA pourra :

- vous contacter, en plus de la source de l'orientation, et contacter la personne qui a effectué les évaluations, pour discuter du traitement de votre enfant ; et
- partager les informations décrites ci-dessus avec diverses agences et organisations sous contrat avec le Bureau de la santé mentale de l'État de New York, le Département de la santé de NYC, le Département de la santé de l'État ou Health Homes Servicing Children (y compris Health Home Care Management) pour faire des recommandations sur le programme approprié en vue d'une éventuelle inscription à des services de santé mentale intensifs. Les agences et organisations susceptibles de recevoir les informations de votre enfant sont les suivantes : agences de gestion des soins, prestataires de Non-Medicaid Care Coordination, gestionnaires de soins Health Home Care Management. De plus, vous comprenez que les orientations peuvent être discutées et fournies aux agences ou programmes suivants : Bureau des personnes ayant une déficience intellectuelle, le Family

Point d'accès unique pour les enfants

Resource Center, Intensive Crisis Stabilization and Treatment, Home-Based Crisis Intervention, Functional Family Therapy (FFT), le Bureau des services à l'enfance et à la famille, de l'État de New York, le Département local des services sociaux et le Pre-Admission Certified Committee ; et

- consulter le Medicaid Analytics Performance Portal (MAPP) pour déterminer l'inscription de votre enfant à un programme.

D. Mes droits : Je comprends que :

1. seules ces informations pourront être utilisées et divulguées à la suite de ce consentement.
2. Ces informations sont confidentielles et ne peuvent être légalement divulguées sans ma permission.
3. Si ces informations sont divulguées à une personne qui n'est pas tenue de se conformer aux réglementations fédérales en matière de protection de la vie privée, elles pourraient être à nouveau divulguées et ne seraient plus protégées.
4. J'ai le droit de révoquer (retirer) ce consentement à tout moment. Le retrait du consentement doit être effectué par écrit sur le formulaire qui m'a été fourni par le CSPOA de NYC. Je suis conscient(e) que le retrait du consentement ne s'appliquera pas si les personnes que j'ai autorisées à utiliser et à divulguer les informations sur la santé de mon enfant ont déjà pris des mesures en raison de mon consentement antérieur. Pour retirer mon consentement, j'écirai au CSPOA de NYC à :

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. Je ne suis pas obligé(e) de signer ce consentement et comprends que mon refus de signer n'affectera pas mes capacités ou celles de mon enfant à bénéficier des services du Bureau de la santé mentale de l'État de New York, notamment : Community Residence, Health Home Care Management et Non-Medicaid Care Coordination ; et qu'il n'affectera pas non plus mon admissibilité ou celle de mon enfant aux prestations.
6. J'ai le droit d'examiner et de copier les informations sur la santé de mon enfant afin qu'elles soient utilisées et divulguées conformément aux exigences de la réglementation fédérale sur la protection de la vie privée figurant dans la 45 CFR§164.524.
7. Je comprends que ce consentement expirera lorsque mon enfant ne recevra plus l'un des services de santé mentale intensifs.

E. Utilisation et divulgation périodiques : J'autorise par la présente l'utilisation et la divulgation périodiques des informations décrites ci-dessus à la personne, à l'organisation, à l'établissement ou au programme identifié(e) ci-dessus dans la mesure nécessaire pour atteindre l'objectif identifié ci-dessus.

PARTIE 2 : Signature

Signature du/de la patient(e) : Je certifie que j'autorise l'utilisation des informations médicales et de santé mentale de mon enfant comme indiqué dans ce document.

Signature du/de la patient(e) (ou du représentant autorisé par la loi)

Date

Nom du/de la patient(e) (en caractères d'imprimerie)

Si signé par un représentant, nom du représentant (ou du parent ou du tuteur) (en caractères d'imprimerie)

Si signé par un représentant, décrivez la qualité du représentant lui permettant de signer au nom du patient (par exemple, indiquez « parent » si le représentant est le parent d'un patient mineur)

F. Déclaration et signature du témoin : J'ai été témoin de l'exécution de ce consentement et déclare qu'une copie du consentement signé a été fournie au/à la patient(e) ou au représentant personnel du/de la patient(e).

CERTIFIÉ PAR : _____

Nom et intitulé de poste du membre du personnel

Consentement fourni à : _____

Nom du/de la patient(e)

Date : _____

À remplir par l'établissement : _____

Signature du membre du personnel utilisant et divulguant les informations

Intitulé de poste

Date d'émission

Avis – Interdiction de nouvelle divulgation des dossiers de traitement de la toxicomanie :

Cet avis concerne la divulgation d'informations concernant le traitement de la toxicomanie d'un patient qui vous est accordée avec le consentement de ce patient ou du représentant personnel de ce patient. Ces informations, les dossiers de traitement de la toxicomanie, vous ont été divulguées à partir de dossiers protégés par les règles fédérales sur la confidentialité (42 CFR Part 2) et la loi sur la portabilité et la responsabilité de l'assurance maladie (HIPAA). Les règles fédérales vous interdisent de divulguer ces informations à des organisations non répertoriées dans la partie 1 ci-dessus, à moins qu'une divulgation supplémentaire ne soit expressément autorisée par le consentement écrit de la personne concernée ou autrement autorisée par la 42 CFR Part 2. Un consentement général pour la divulgation d'informations médicales ou autres N'EST PAS suffisant à cette fin. Les règles fédérales limitent toute utilisation des informations pour enquêter sur un cas criminel ou poursuivre un patient souffrant d'abus d'alcool ou de drogues.

PARTIE 3 : Retrait du consentement de divulgation d'informations

Je révoque par la présente mon autorisation d'utiliser et de divulguer les informations indiquées dans la **partie 1** à la personne, à l'organisation, à l'établissement ou au programme dont le nom et l'adresse sont :

Je refuse par la présente de donner mon consentement à l'utilisation et à la divulgation indiquées dans la **partie 1** à la personne, à l'organisation, à l'établissement ou au programme dont le nom et l'adresse sont :

Signature du/de la patient(e) (ou du représentant autorisé par la loi)

Date

Nom du/de la patient(e) (en caractères d'imprimerie)

Si signé par un représentant, nom du représentant (ou du parent ou du tuteur) (en caractères d'imprimerie)

Si signé par un représentant, décrivez la qualité du représentant lui permettant de signer au nom du patient (par exemple, indiquez « parent » si le représentant est le parent d'un patient mineur)

Questions relatives au CSPOA concernant les informations des patients et le consentement au partage

1. Comment les prestataires du CSPOA utiliseront-ils mes informations ?

Si vous acceptez, les prestataires du CSPOA utiliseront vos informations médicales pour :

- coordonner et gérer les soins de santé de votre enfant ;
- vérifier si vous avez une assurance maladie et ce qu'elle couvre ;
- étudier et améliorer les soins de santé destinés aux patients.

Le choix que vous faites NE permet PAS aux représentants d'assurances maladie de voir vos informations pour décider de vous accorder une assurance maladie ou de payer vos factures ou non.

2. D'où proviennent mes informations de santé ?

Vos informations de santé proviennent des lieux et des personnes qui vous ont fourni des soins de santé ou une assurance maladie dans le passé. Il peut s'agir d'hôpitaux, de médecins, de pharmacies, de laboratoires, de régimes d'assurance maladie (compagnies d'assurance), du programme Medicaid et d'autres groupes qui partagent des informations de santé. Pour une liste des informations disponibles dans PSYCKES, rendez-vous sur le site web de PSYCKES à www.psyckes.org et consultez « About PSYCKES » (À propos de PSYCKES) ou demandez à votre prestataire de traitement de vous imprimer la liste.

3. Quelles lois et règles régissent la manière dont mes informations de santé peuvent être partagées ?

Ces lois et réglementations comprennent l'article 33.13 de la loi sur l'hygiène mentale de l'État de New York, l'article 27-F de la loi sur la santé publique de l'État de New York et les règles fédérales sur la confidentialité, notamment la 42 CFR Part 2 et les 45 CFR Parts 160 et 164 (qui sont les règles appelées « loi sur la portabilité et la responsabilité de l'assurance maladie [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA] »).

4. Si j'accepte, qui peut obtenir et voir mes informations ?

Les seules personnes qui peuvent voir vos informations de santé sont celles qui peuvent les obtenir et les voir avec votre consentement, comme les médecins et les autres personnes qui travaillent pour le CSPOA et qui sont impliquées dans les soins de santé de votre enfant, et les personnes travaillant pour un prestataire du CSPOA qui fournit des soins à votre enfant, pour les aider à vérifier l'assurance maladie de votre enfant ou pour étudier et améliorer les soins de santé destinés à tous les patients.

5. Que se passe-t-il si une personne utilise mes informations sans mon consentement ?

Si vous pensez qu'une personne a utilisé les informations de votre enfant sans votre consentement, vous pouvez appeler l'un des prestataires auxquels vous avez donné l'autorisation de consulter vos dossiers, le CSPOA au 347-396-7205, le Bureau du procureur des États-Unis au 212-637-2800, ou le Bureau des relations clients pour la santé mentale de l'État de New York au 800-597-8481.

6. Pendant combien de temps mon consentement est-il valide ?

Votre consentement est valide jusqu'au jour où vous le retirez, tant que le CSPOA est en vigueur, ou pendant trois ans après la dernière date de service du CSPOA, la première éventualité étant prise en compte.

7. Que se passe-t-il si je change d'avis par la suite et que je souhaite retirer mon consentement ?

Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en signant un formulaire de retrait de consentement et en le remettant au CSPOA. Appelez le 347-396-7205 pour vous procurer ce formulaire. Remarque : Même si vous décidez par la suite de retirer votre consentement, les prestataires qui disposent déjà de vos informations ne sont pas tenus de les retirer de leurs dossiers.

8. Comment puis-je obtenir une copie de ce formulaire ?

Vous pourrez obtenir une copie de ce formulaire après l'avoir signé.