

Ce formulaire doit être utilisé pour les enfants de moins de 18 ans pour leur inscription au programme Health Home. Il cite également les données médicales qui peuvent être partagées et avec qui.

***[Remarque : Les enfants de moins de 18 ans qui sont parents, enceintes et/ou mariés et qui sont capables de donner leur consentement, ne doivent pas utiliser ce formulaire. Ils devront utiliser le formulaire de Consentement au partage des données du patient du programme Health Home (*Health Home Patient Information Sharing Consent, DOH 5055*).]**

Consignes pour le parent/tuteur (la tutrice)/le (la) représentant(e) légal(e) :

La *Section 1* de ce formulaire doit être remplie par le parent de l'enfant, son tuteur (sa tutrice) ou son (sa) représentant(e) légal(e). Aux fins du partage des données médicales, un(e) représentant(e) légal(e) est défini(e) comme « une personne ou un organisme autorisé par les lois, ordonnances d'un tribunal ou consentements d'un État, d'une tribu, des forces armées ou autres lois, ordonnances d'un tribunal ou consentements à agir pour le compte d'une personne pour la divulgation de données médicales ». Indiquez tous les prestataires de santé de l'enfant qui peuvent partager ses données médicales. Les données médicales qu'ils partageront pourront être antérieures ou postérieures à la date de signature de ce formulaire. Ces prestataires peuvent partager ces données entre eux et avec l'organisme de gestion des soins de l'enfant cité ci-dessous. Ils ne peuvent en aucun cas transmettre les données de l'enfant à d'autres personnes à moins d'avoir obtenu votre accord ou à condition que la loi autorise cette divulgation. L'enfant peut tenir confidentielles de quelconques informations à propos des services auxquels il (elle) a consenti, précisés à la *Section 2*, notamment le planning familial et la contraception d'urgence, l'interruption de grossesse, les tests de dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles, les tests de dépistage et le traitement du VIH, la prévention du VIH, les soins prénataux, les services de travail et d'accouchement, le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme ou les services aux victimes d'agression sexuelle. Si vous consentez à l'un quelconque de ces services pour l'enfant, il est possible que vous ayez le droit de consentir à la divulgation de données concernant ces services et de citer les prestataires dans cette section. **Remarque :** l'enfant devra éventuellement donner aussi son consentement à la divulgation de ces données.

La *Section 2* du présent formulaire est remplie séparément par l'enfant avec le (la) Responsable des soins. *Les enfants de 10 ans et plus peuvent donner leur consentement à la divulgation des données concernant certains types de services protégés ou refuser de le donner. En outre, si l'enfant ou l'adolescent(e) bénéficie spécifiquement de services liés à la santé mentale ou à des troubles du développement et qu'il (elle) a plus de 12 ans, le prestataire de services de santé mentale et/ou pour les personnes atteintes de troubles du développement pourra demander à l'enfant ou à l'adolescent(e) s'il (si elle) accepte la divulgation de ses données.*

Consignes pour le (la) Responsable des soins : la *Section 1* doit être remplie par le parent de l'enfant, son tuteur (sa tutrice) ou son (sa) représentant(e) légal(e). Elle cite tous les prestataires de santé qui peuvent partager les données médicales de l'enfant. Précisez l'organisme de gestion des soins de l'enfant parmi les prestataires ci-dessous. Ces prestataires peuvent divulguer toutes les données relatives à la santé à l'exception des informations concernant les services pour lesquels l'enfant peut donner son consentement, notamment le planning familial et la contraception d'urgence, l'interruption de grossesse, les tests de dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles, les tests de dépistage et le traitement du VIH, la prévention du VIH, les soins prénataux, les services de travail et d'accouchement, le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme ou les services aux victimes d'agression sexuelle. Si le parent, le tuteur (la tutrice) ou le (la) représentant(e) légal(e) donne son consentement à une interruption de grossesse, des tests de dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles, des tests de dépistage et le traitement du VIH, la prévention du VIH ou le traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme pour le compte de l'enfant, les informations pourront être divulguées uniquement **if the child also consents** à leur divulgation à la *Section 2*. Copiez la page ci-dessous le cas échéant afin de pouvoir répertorier tous les prestataires pour lesquels un consentement a été donné. Si la liste doit être mise à jour à l'avenir (pour ajouter ou supprimer un nom), veuillez demander au parent/tuteur (tutrice)/représentant(e) légal(e) de *cocher soit ADD soit REMOVE*, de parafer et de dater à côté de chaque ajout ou suppression. *Le (la) HHCM doit également parafer à côté de chaque modification.*

Consignes pour le prestataire participant : si votre nom ou votre organisme est cité à la *Section 1*, vous avez le droit de divulguer les données médicales de l'enfant à l'exception des informations concernant les services pour lesquels l'enfant peut donner son consentement, notamment le planning familial et la contraception d'urgence, l'interruption de grossesse, les tests de dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles, les tests de dépistage et le traitement du VIH, la prévention du VIH, les soins prénataux, les services de travail et d'accouchement, le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme ou les services aux victimes d'agression sexuelle. Vous avez le droit de divulguer ces informations uniquement si vous en avez reçu le consentement à la *Section 2* du présent formulaire. Si le parent, le tuteur (la tutrice) ou le (la) représentant(e) légal(e) donne son consentement à une interruption de grossesse, des tests de dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles, des tests de dépistage et le traitement du VIH, la prévention du VIH ou le traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme pour le compte de l'enfant, les informations pourront être divulguées uniquement **if the child also consents** à leur divulgation à la *Section 2*. Si vous recevez une copie de la *Section 2* du présent consentement, veuillez la lire attentivement afin d'identifier l'autorisation fournie par l'enfant consentant à ce que certaines informations vous soient transmises par le (la) Responsable des soins de la maison de santé. **REMARQUE :** si la *Section 2* ne vous est PAS fournie, l'enfant n'a pas donné son autorisation et par conséquent, ces informations ne peuvent PAS vous être divulguées et vous ne pouvez PAS les communiquer.

Section 1 : cette section doit être remplie par le parent de l'enfant, son tuteur (sa tutrice) ou son (sa) représentant(e) légal(e).

En signant ce formulaire, je confirme que :

1. il m'a été expliqué que l'enfant cité(e) remplit les conditions pour être admis(e) dans un Health Home ;
2. l'enfant susnommé(e) est inscrit(e) dans le Health Home suscité ;
3. j'ai pu lire la foire aux questions des Health Home et j'ai reçu des réponses à mes questions ;
4. je comprends ce qu'est le Programme Health Home et comment il peut aider mon enfant. Je comprends ce que signifie l'inscription dans un Health Home et pourquoi les données médicales de mon enfant seront partagées ;
5. le Health Home et toute personne que j'ai nommée à la *Section 1* _____
ci-dessous peuvent partager entre elles des données médicales, _____
conformément aux consignes ci-dessus, dans le cadre de la gestion des soins du Programme Health Home. Elles pourront partager des données
relatives à la période antérieure ou postérieure à la signature du présent formulaire de ma main ;
6. le Health Home pourra obtenir les données médicales de mon enfant, y compris les dossiers médicaux, auprès des partenaires cités à la fin du présent
formulaire et/ou d'autres prestataires au moyen des systèmes électroniques suivants :
 - Le Réseau étatique des données médicales de New York (Statewide Health Information Network for New York, SHIN-NY) : le SHIN-NY est géré
par le département de la Santé de l'État de New York (New York State Department of Health). Le SHIN-NY rassemble et conserve les données
médicales, notamment les dossiers médicaux, en provenance des médecins et de personnels soignants ;
 - Les services de psychiatrie (Psychiatric Service) et le Système d'approfondissement des connaissances cliniques (Clinical Knowledge
Enhancement System, PSYCKES) : PSYCKES est géré par le Bureau pour la santé mentale de l'État de New York (New York State Office of Mental
Health) et rassemble et conserve le traitement prescrit par vos médecins et les prestataires de soins de santé qui font partie du programme
Medicaid ;
 - TABS/CHOICES : TABS/CHOICES est géré par le Bureau pour les personnes affectées d'un trouble du développement de l'État de New York
(New York State Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD). TABS/CHOICES rassemble et conserve les données des personnes
affectées d'un trouble du développement et/ou d'une déficience intellectuelle grâce au système de service de l'OPWDD.
7. par ailleurs, le Health Home devra éventuellement transmettre les données de l'enfant au Point d'accès unique (Single Point of Access, SPOA) local afin
d'aider le (la) Responsable des soins du Health Home à coordonner l'accès aux services de santé mentale nécessaires. Le SPOA peut consulter les données
conformément à la loi sur l'hygiène mentale (Mental Hygiene Law), Article 41.05 et conformément au droit conféré par les Articles 41.07 et 41.13.
L'autorisation de contacter le SPOA peut être fournie à la page des prestataires ci-dessous.

Je comprends que ce consentement remplace tout autre formulaire de consentement sur le partage des données du programme Health Home que je pourrais avoir
signé auparavant pour le compte de mon enfant. Le présent consentement restera en vigueur jusqu'à ce que :

- je retire l'enfant ; ou
- l'enfant ne soit plus admissible à l'inscription dans un Health Home ; ou
- le Health Home ne soit plus opérationnel ; ou
- l'enfant atteigne la majorité ou puisse donner son propre consentement (remplir le formulaire DOH-5055).

Je peux modifier ce consentement à tout moment. Si je le modifie, je dois parafer et dater comme indiqué (ou dans la case prévue à cet effet). Je peux toujours
retirer mon consentement pour le compte de l'enfant en contactant le (la) Responsable des soins, l'Organisme de gestion des soins (Care Management Agency) ou
le programme Health Home.

Si je ne signe pas le présent formulaire de consentement, je comprends que les données de mon enfant ne seront pas divulguées.

Copiez cette page si nécessaire pour dresser la liste de tous les partenaires participants et des autres parties approuvées par le parent, le tuteur (la tutrice) ou le (la) représentant(e) légal(e) de l'enfant.

Indiquez ci-dessous tous les prestataires de santé de l'enfant qui peuvent partager ses données médicales. Les données médicales qu'ils partageront peuvent être antérieures ou postérieures à la date de signature du présent formulaire. Ces prestataires peuvent partager ces données entre eux et avec l'organisme de gestion des soins de l'enfant cité ci-dessous.

Si, à TOUT moment, cette page est modifiée, le parent, le tuteur (la tutrice) ou le (la) représentant(e) légal(e) **DEVRA** cocher l'option AJOUTER ou SUPPRIMER un prestataire, DATER et PARAFER à côté de la ou des modifications apportées dans la case ci-dessous. Le (la) Responsable des soins du programme Health Home (HHCM) doit également PARAFER toutes les modifications.

	Ajouter ou Supprimer	Date de modification	Parafe du parent, du tuteur (de la tutrice) ou du (de la) représentant(e) légal(e)	Parafe du (de la) HHCM
Organisme de gestion des soins du programme Health Home:	<input type="checkbox"/> Ajouter			
	<input type="checkbox"/> Supprimer			
Régime de soins gérés Medicaid:	<input type="checkbox"/> Ajouter			
	<input type="checkbox"/> Supprimer			
Nom du médecin traitant:	<input type="checkbox"/> Ajouter			
	<input type="checkbox"/> Supprimer			
Nom de l'hôpital:	<input type="checkbox"/> Ajouter			
	<input type="checkbox"/> Supprimer			
Nom de l'organisme de placement en famille d'accueil:	<input type="checkbox"/> Ajouter			
	<input type="checkbox"/> Supprimer			
Nom du prestataire de services de santé comportementale:	<input type="checkbox"/> Ajouter			
	<input type="checkbox"/> Supprimer			
Nom du SPOA/LGU:	<input type="checkbox"/> Ajouter			
	<input type="checkbox"/> Supprimer			
Nom du prestataire:	<input type="checkbox"/> Ajouter			
	<input type="checkbox"/> Supprimer			
Nom du prestataire:	<input type="checkbox"/> Ajouter			
	<input type="checkbox"/> Supprimer			
Nom du prestataire:	<input type="checkbox"/> Ajouter			
	<input type="checkbox"/> Supprimer			
Nom du prestataire:	<input type="checkbox"/> Ajouter			
	<input type="checkbox"/> Supprimer			
Nom du prestataire:	<input type="checkbox"/> Ajouter			
	<input type="checkbox"/> Supprimer			
Nom du prestataire:	<input type="checkbox"/> Ajouter			
	<input type="checkbox"/> Supprimer			

À REMPLIR UNIQUEMENT PAR L'ENFANT

Section 2 : l'enfant/l'adolescent(e) doit avoir 10 ans ou plus pour remplir cette section.

Consignes : la Section 2 doit être remplie après la Section 1 et signée par toutes les parties concernées. Pour remplir la Section 2, l'enfant/l'adolescent(e) doit avoir 10 ans ou plus. La section 2 de ce formulaire doit être remplie par le (la) Responsable des soins du programme Health Home avec l'enfant. Ce formulaire doit être rempli en privé, sans le parent de l'enfant, son tuteur (sa tutrice) ou son (sa) représentant(e) légal(e), afin de garantir la confidentialité des informations.

Section 2 – Partie A : les enfants de 10 ans et plus peuvent donner leur consentement à la divulgation des données concernant certains types de services protégés ou refuser de le donner, à savoir : planning familial, contraception d'urgence, interruption de grossesse, prestataire(s) de services de tests de dépistage et traitement du VIH, prophylaxie de prévention du VIH préexposition et postexposition (PrEP/PEP), tests de dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles, soins prénataux, travail/accouchement, traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme, services pour les victimes d'agression sexuelle.

Section 2 – Partie B : les enfants de 12 ans et plus peuvent donner leur consentement à la divulgation des données concernant les services relatifs à la santé mentale ou aux troubles du développement dont ils bénéficient. Le prestataire de services de santé mentale et/ou pour les personnes atteintes de troubles du développement pourra demander à l'enfant ou à l'adolescent(e) s'il (si elle) accepte la divulgation de ses données.

Section 2 – les parties A et B DOIVENT être remplies sauf si : l'enfant ne remplit pas les critères d'âge (10 ou 12 ans), l'enfant ne souhaite pas ou n'est pas en mesure de remplir cette section, l'enfant n'identifie aucun service protégé, l'enfant n'identifie aucun service relatif à la santé mentale ou aux troubles du développement, OU le parent/tuteur (la tutrice)/le (la) représentant(e) légal(e) de l'enfant refuse d'autoriser le (la) HHCM à rencontrer seul(e) l'enfant pour remplir la Section 2. Si l'une de ces raisons concerne l'enfant, le (la) HHCM **DOIT** documenter clairement la ou les raisons dans le dossier de l'enfant et remplir le dossier de *Suivi de la gestion des soins du programme Health (Health Home Care Management Tracker) pour la Section 2* et continuer à tenter d'obtenir ces informations ultérieurement pour aider le membre dans la coordination de ces services.

SECTION 2 – PARTIE A :

Je soussigné(e), _____, comprends que je consens à certains types de services de soins sans que mon parent,

Nom de l'enfant

mon tuteur (ma tutrice) ou mon (ma) représentant(e) légal(e) en ait connaissance. Les services sont les suivants : planning familial, contraception d'urgence, interruption de grossesse, prestataire(s) de services de tests de dépistage et traitement du VIH, prophylaxie de prévention du VIH préexposition et postexposition (PrEP/PEP), tests de dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles, soins prénataux, travail/accouchement, traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme, services pour les victimes d'agression sexuelle. Je peux également décider qui a le droit de recevoir et de transmettre mes informations à propos de ces services.

Toute modification apportée à cette section doit être parafée et datée par l'enfant et le (la) Responsable des soins du programme Health Home (HHCM) ci-dessous.

Je retire mon autorisation de communication de mes informations à propos de ces services à mon parent, mon tuteur (ma tutrice) ou mon (ma) représentant(e) légal(e), comme suit :

J'autorise la communication de mes informations à propos de ces services à mon parent, mon tuteur (ma tutrice) ou mon (ma) représentant(e) légal(e) nommé(e) ci-dessous.

Types de services et nom du ou des prestataires ou organismes	Date	Nom du parent, du tuteur (de la tutrice) ou du (de la) représentant(e) légal(e)	Parafe de l'enfant	Date	Parafe du (de la) HHCM	Date

Toute modification apportée à cette section doit être parafée et datée par l'enfant et le (la) Responsable des soins du programme Health Home (HHCM) ci-dessous.

Je retire mon autorisation de communication de mes informations à propos de ces services au prestataire, comme suit :

J'autorise la communication de mes informations à propos de ces services à mon ou mes prestataires cités ci-dessous.

Types de services et nom du ou des prestataires ou organismes	Date	Nom du ou des prestataires:	Parafe de l'enfant	Date	Parafe du (de la) HHCM	Date

SECTION 2 – PARTIE B : si vous bénéficiez de services relatifs à la santé mentale et/ou à des troubles du développement et si vous avez plus de douze ans, votre prestataire pourra vous demander si vous souhaitez que vos données soient communiquées à des tiers. En cas d'objection de votre part, votre prestataire pourra : refuser complètement la demande, envoyer uniquement une partie du dossier ou envoyer un récapitulatif de votre dossier clinique.

Toute modification apportée à cette section doit être paraphée et datée par l'enfant et le (la) Responsable des soins du programme Health Home (HHCM) ci-dessous.

Je retire mon autorisation de communication de mes informations à propos de ces services à mon parent, mon tuteur (ma tutrice) ou mon (ma) représentant(e) légal(e), comme suit :

J'autorise la communication de mes informations à propos de ces services à mon parent, mon tuteur (ma tutrice) ou mon (ma) représentant(e) légal(e) nommé(e) ci-dessous :

Types de services et nom du ou des prestataires ou organismes	Date	Nom du parent, du tuteur (de la tutrice) ou du (de la) représentant(e) légal(e)	Parafe de l'enfant	Date	Parafe du (de la) HHCM	Date
Services en relation avec la santé mentale :						
Services relatifs à un trouble du développement :						

Toute modification apportée à cette section doit être paraphée et datée par l'enfant et le (la) Responsable des soins du programme Health Home (HHCM) ci-dessous.

Je retire mon autorisation de communication de mes informations à propos de ces services au prestataire, comme suit :

J'autorise la communication de mes informations à propos de ces services au ou aux prestataires cités ci-dessous :

Types de services et nom du ou des prestataires ou organismes	Date	Nom du ou des prestataires :	Parafe de l'enfant	Date	Parafe du (de la) HHCM	Date
Services en relation avec la santé mentale :						
Services relatifs à un trouble du développement :						

En signant la Section 2 de ce formulaire, je confirme que :

1. j'ai pu lire la foire aux questions du programme Health Home et j'ai reçu des réponses à mes questions et
2. le programme Health Home et toute personne citée à la Section 2 du présent formulaire peut divulguer mes données médicales comme indiqué ci-dessus. Elle pourra partager des données relatives à la période antérieure et postérieure à la signature de ma main du présent formulaire.

Je peux modifier la **Section 2** de ce formulaire à tout moment. Si je la modifie, je dois parapher et dater à côté desdites modifications (ou dans la case prévue à cet effet).

Je comprends que ce consentement, **Section 2**, remplace tout autre formulaire de consentement sur le partage des données du programme Health Home, **Section 2**, que je pourrais avoir signé auparavant. La Section 2 restera en vigueur jusqu'à ce que :

- je la retire ; ou
- je ne sois plus admissible à l'inscription dans une maison de santé ; ou
- le Health Home ne soit plus opérationnel ; ou
- mon parent, mon tuteur (ma tutrice) ou mon (ma) représentant(e) légal(e) me retire du programme Health Home ; ou
- j'atteigne la majorité ou puisse donner mon propre consentement (remplir le formulaire DOH-5055).

NOM DE L'ENFANT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT

SIGNATURE DE L'ENFANT

DATE

NOM DE LA PERSONNE RESPONSABLE DES SOINS DU PROGRAMME HEALTH HOME EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

SIGNATURE DE LA PERSONNE RESPONSABLE DES SOINS DU PROGRAMME HEALTH HOME EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

DATE