

**Consenso al programma Health Home
Ritiro del consenso all'iscrizione al programma
Health Home ed alla condivisione dei dati
per i minori di 18 anni**

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Ufficio per i programmi assicurativi sanitari

Istruzioni: Questo modulo deve essere usato per i minori di 18 anni che sono stati iscritti a un programma Health Home compilando il modulo *Health Home Consent/Enrollment/For Use with Children Under 18 Years of Age (Consenso per il programma Health Home/Iscrizione/Per minori di 18 anni)* (DOH 5200) e il modulo *Health Home Consent/Information Sharing/For Use with Children Under 18 Years of Age (Consenso per il programma Health Home/Condivisione delle informazioni/Per minori di 18 anni)* (DOH 5201)*. Questo modulo consente di annullare l'iscrizione al programma Health Home e di ritirare il consenso alla divulgazione delle informazioni sanitarie relative ai minori iscritti a un programma Health Home. Il ritiro del consenso per i minori di 18 anni deve essere presentato da un genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato. Ai fini del ritiro del consenso, il rappresentante legalmente autorizzato è "una persona o un ente autorizzato da una legge statale, tribale o militare o da qualsiasi altra legge vigente, da un'ordinanza o un consenso emesso da un tribunale ad agire per conto di una persona nell'assunzione delle decisioni in materia di assistenza sanitaria".

***[Nota: i minori che sono genitori, in stato di gravidanza e/o coniugati e che risultino comunque in grado di fornire il proprio consenso non devono utilizzare questo modulo per annullare l'iscrizione e ritirare il consenso alla divulgazione delle informazioni sanitarie, ma sono tenuti a utilizzare il modulo *Health Home Patient Information Sharing - Withdrawal of Consent (Condivisione delle informazioni dei pazienti di Health Home - Ritiro del consenso)* (DOH 5058)].**

NOME DELL'ORGANIZZAZIONE CHE FORNISCE IL SERVIZIO HEALTH HOME (STAMPATELLO)

NOME DEL MINORE (STAMPATELLO)

DATA DI NASCITA DEL MINORE

Firmando questo modulo, comunico la mia intenzione di annullare l'iscrizione del minore sopra indicato al servizio Health Home fornito da

NOME DELL'ORGANIZZAZIONE CHE FORNISCE IL SERVIZIO HEALTH HOME

Firmando questo modulo, prendo atto del fatto che a partire dalla data di sottoscrizione:

- Revoco all'organizzazione che fornisce il servizio Health Home l'autorizzazione a condividere le informazioni sanitarie relative al minore con operatori e altre figure professionali del programma Health Home, inclusi tutti i soggetti elencati nel modulo *Health Home Consent/Information Sharing/For Use with Children Under 18 Years of Age (Consenso per il programma Health Home/Condivisione delle informazioni/Per minori di 18 anni)* (DOH 5201);
- Gli operatori già in possesso delle informazioni sanitarie relative al minore non sono tenuti a restituirle al sottoscritto o al minore, né a rimuoverle dai propri archivi;
- Tali informazioni continueranno a essere tutelate dalle leggi e normative federali e del New York State; e
- Il minore potrà continuare a ricevere assistenza sanitaria o accedere ad altri servizi assistenziali.

NOME DEL GENITORE, TUTORE O RAPPRESENTANTE LEGALMENTE
AUTORIZZATO DEL MINORE (STAMPATELLO)

TIPO DI RELAZIONE TRA IL GENITORE, TUTORE O RAPPRESENTANTE LEGALMENTE
AUTORIZZATO E IL MINORE

FIRMA DEL GENITORE, TUTORE O RAPPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZZATO DEL MINORE

DATA

Dettagli sulle informazioni sanitarie e il processo di ritiro del consenso

1. Come saranno utilizzate in futuro le informazioni sanitarie del minore dall'organizzazione che fornisce il servizio Health Home e dagli operatori?

L'organizzazione che fornisce il servizio Health Home e gli operatori non potranno più condividere o utilizzare le informazioni sanitarie del minore.

2. Cosa succederà alle informazioni sanitarie del minore?

Gli operatori che hanno già ricevuto le informazioni sanitarie del minore ne resteranno in possesso, ma saranno tenuti a tutelarle in conformità con tutte le leggi e le normative federali e del New York State.

3. Quali leggi e regolamenti disciplinano le modalità di scambio e condivisione delle informazioni sanitarie del minore?

Le leggi e normative di riferimento sono la sezione 6530(23) della Legge sull'istruzione di New York (New York Education Law); la Sezione 33.13 della Legge sull'igiene mentale (Mental Hygiene Law); l'Articolo 27-F della Legge sulla sanità pubblica di New York (New York Public Health Law); la legge federale del 1996 sulla responsabilità e trasferibilità in materia di copertura assicurativa (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA); il Titolo 45 del CFR, Parti 160 e 164 e le normative federali in materia di riservatezza contenute nel Titolo 42 del CFR, Parte 2.

4. Chi può condividere le informazioni del minore dopo il ritiro del consenso?

A partire dalla data di sottoscrizione del presente modulo, nessuno potrà ottenere nuove informazioni sanitarie relative al minore. Tuttavia, non sarà possibile ritirare le informazioni già condivise.

5. Cosa succede se una persona utilizza le informazioni del minore anche se non è stato dato il consenso al loro utilizzo?

Se pensa che terze parti abbiano usato le sue informazioni senza il suo consenso, potrà:

- Chiamare il call center di Medicaid al n. 1-800-541-2831;
- Contattare il Dipartimento Statunitense dei Servizi Umani e della Salute, Ufficio dei Diritti Civili al numero 1-800-368-1019 oppure inviare un reclamo scritto visitando il sito:
<https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>

In alternativa è possibile:

- Chiamare uno dei fornitori da lei autorizzati ad accedere alle sue cartelle,
- Contattare il suo coordinatore sanitario o il programma Health Home: _____ presso _____, o
- Contattare il suo Piano di assistenza gestita (Managed Care Plan) se è iscritto a un Managed Care Plan.

6. Quanto dura il ritiro del consenso?

Il ritiro del consenso è permanente. Tuttavia, in caso di ripensamento sarà necessario comunicare al piano sanitario del minore, al suo medico o all'organizzazione che forniva il precedente servizio Health Home che si è interessati a iscrivere nuovamente il minore al programma Health Home. Qualora si proceda con una nuova iscrizione, sarà necessario firmare un nuovo modulo di consenso.

7. Come è possibile ottenere una copia di questo modulo?

Riceverà una copia del presente modulo dopo averlo firmato.