

Health Home 同意书  
登记

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH  
Office of Health Insurance Programs

适用于 18 岁以下青少年或儿童

说明：本同意书必须用于要在健康之家 (Health Home) 登记的 18 岁以下青少年或儿童，并且必须由青少年或儿童的父母、监护人或法定授权代表签字。在 Health Home 登记的法定授权代表的定义为：“由州、部落、军队或其他适用法律、法院指令或同意书所授权的人员或代理，他们代表 18 岁以下青少年或儿童做出医疗保健决定”。全部必要的当事人均须填写并签署适用于 18 岁以下青少年或儿童的 Health Home 同意书/信息共享表 (DOH 5201)。

\*[请注意，如果 18 岁以下青少年或儿童已生育、怀孕和/或已婚，则表明他们具备签署同意书的能力，因此不应使用本表单。他们应使用 Health Home 患者信息共享同意书表格 (DOH 5055)]。

Advance Care Alliance of New York  
HEALTH HOME 名称

儿童正楷姓名

儿童出生日期

有人已向我解释，上文提及的青少年或儿童有资格进入 Health Home。

我已阅读并了解 Health Home 常见问题表。

为我解答有关 Health Home 计划的问题的人士为

HEALTH HOME 代表名称和职位

我理解什么是 Health Home 计划以及该计划是如何帮助该青少年或儿童的。我理解加入 Health Home 的意义以及该青少年或儿童的健康信息将被共享的原因。

签署本同意书，即表示我同意

青少年或儿童姓名

加入 Advance Care Alliance of New York Health Home。  
HEALTH HOME 名称

我理解本同意书取代我之前可能已签署的其他 Health Home 登记表。

我了解，我可以随时改变主意并通过签署适用于 18 岁以下青少年或儿童的 Health Home 同意书/撤销 Health Home 登记和信息共享表格 (DOH 5202) 以收回该同意书。

我理解，如果我不签署本同意书，该青少年或儿童将不会被纳入 Health Home。

该青少年或儿童的父母、监护人或授权代表的正楷姓名

该青少年或儿童与其父母、监护人或授权代表的关系

该青少年或儿童的父母、监护人或授权代表的签名

日期