

**Consenso al programma Health Home
Iscrizione
Da utilizzare con minori di 18 anni d'età**

Istruzioni: il presente modulo deve essere utilizzato per iscrivere i minori di 18 anni d'età in un programma sanitario e assistenziale integrato (Health Home)* e deve essere sottoscritto da un genitore, un tutore o un rappresentante legalmente autorizzato del minore. Un rappresentante legalmente autorizzato per l'iscrizione in un programma Health Home è definito come: "una persona o un ente autorizzato da una legge statale, tribale o militare o da qualsiasi altra legge vigente, da un'ordinanza o da un'autorizzazione emessa da un tribunale ad agire per conto di una persona nell'assunzione delle decisioni in materia di assistenza sanitaria". Il modulo *Consenso al programma Health Home/Condivisione di informazioni/Da utilizzare con minori di 18 anni d'età* (DOH 5201) deve essere compilato e sottoscritto da tutte le parti necessarie.

***[Nota: i minori che sono genitori, in stato di gravidanza e/o coniugati e che risultano comunque in grado di fornire il proprio consenso, non devono utilizzare il presente modulo, ma sono tenuti a utilizzare il modulo *Consenso alla condivisione dei dati dei pazienti di Health Home* (DOH 5055)].**

Advance Care Alliance of New York
NOME DEL PROGRAMMA HEALTH HOME

NOME IN STAMPATELLO DEL MINORE

DATA DI NASCITA DEL MINORE

Mi è stato spiegato che il minore summenzionato è idoneo all'iscrizione in un programma Health Home.

Ho letto e compreso la sezione delle domande frequenti relative al programma Health Home.

Ho ricevuto risposta alle mie domande sul programma Health Home da _____

NOME E QUALIFICA DEL RAPPRESENTANTE HEALTH HOME

Ho compreso in che cosa consiste il programma Health Home e in che modo può aiutare il minore. Sono consapevole di che cosa significhi essere iscritto in un programma Health Home e della motivazione della condivisione dei dati sanitari del minore.

Sottoscrivendo il presente modulo, accetto che

sia iscritto/a nel

Advance Care Alliance of New York
NOME DEL MINORE
NOME DEL PROGRAMMA HEALTH HOME

di Health Home.

Sono consapevole che il presente modulo di consenso sostituisce altri moduli d'iscrizione nel programma Health Home eventualmente da me sottoscritti in precedenza.

Sono consapevole che potrò in qualsiasi momento cambiare idea e revocare il presente consenso, sottoscrivendo il modulo *Consenso al programma Health Home/Revoca di iscrizione al programma Health Home e condivisione di informazioni/Da utilizzare con minori di 18 anni d'età* (DOH 5202).

Nel caso in cui non sottoscrivessi il presente modulo di consenso, sono consapevole che il minore non sarà iscritto al programma Health Home.

NOME IN STAMPATELLO DEL GENITORE, TUTORE O RAPPRESENTANTE
LEGALMENTE AUTORIZZATO DEL MINORE

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