

안내: 이 양식은 18 세 미만 자녀를 Health Home(헬스 홈)*에 등록하기 위해 사용되며 자녀의 부모, 보호자, 또는 법적 승인 대리인에 의해 서명되어야 합니다. Health Home 에 등록되기 위한 법적 승인 대리인은 다음과 같이 정의됩니다: "의료 결정을 하는 데 어떤 사람을 대신하여 행위하기 위해, 국가, 종족, 군대 또는 기타 해당 법률, 법원 명령이나 동의에 의해 승인된 사람이나 기관." Health Home 동의서/정보 공유/18 세 미만 자녀용 양식 (DOH 5201) 도 모든 해당 당사자에 의해 작성되고 서명되어야 합니다.

*[부모이고, 임신 상태이고, 그리고/또는 결혼한 상태인, 아니면 동의를 할 수 있는 자녀들은 이 양식을 사용하지 마십시오. 이러한 자녀들은 Health Home 환자 정보 공유 동의서 양식 (DOH 5055) 을 사용해야 합니다].

Advance Care Alliance of New York
Health Home 이름

자녀 이름(정자체)

자녀의 생년월일:

위에 거명된 자녀가 Health Home 에 있을 자격이 된다고 본인에게 설명되었습니다.

본인은 Health Home 자주 묻는 질문지를 읽었고 이해합니다.

Health Home 프로그램에 대한 본인의

질문들은 다음 사람에게 의해 대답이 되었습니다

HEALTH HOME 대표자 이름 및 직함

본인은 Health Home 프로그램이 무엇이고 자녀에게 어떻게 도움이 될 수 있는지를 이해합니다. 본인은 Health Home에 등록되는 것이 무엇을 의미하는지와 이 자녀의 건강 정보가 어떻게 공유될 지를 이해합니다.

본 양식에 서명함으로써 본인은

자녀 이름

이(가) Advance Care Alliance of New York Health Home 에 등록되는 것을 동의합니다.
HEALTH HOME 이름

본인은 이 동의 양식이 본인이 이전에 서명했을 수 있는 다른 Health Home 등록 양식을 대신한다는 것을 이해합니다.

본인은 마음이 바뀌어 Health Home 동의/Health Home 등록 및 정보 공유의 취소/18 세 미만 자녀용 양식 (DOH 5202) 에 서명함으로써 언제든지 이 동의를 철회할 수 있다는 것을 압니다.

본인이 이 동의 양식에 서명하지 않는 경우, 본인은 자녀가 Health Home 에 등록되지 않을 것을 이해합니다.

자녀의 부모, 보호자 또는 법적 승인 대리인의 정자체 이름

부모, 보호자 또는 법적 승인 대리인과 자녀의 관계

자녀의 부모, 보호자 또는 법적 승인 대리인의 서명

날짜