

**CONSENSO ALLA COMUNICAZIONE DI
INFORMAZIONI RELATIVE
A PAZIENTE CHE FA ABUSO DI DROGHE/ALCOOL**

PAZIENTE: COGNOME	NOME	INIZ. 2° NOME
N. CASO		
STRUTTURA	UNITA'	

ISTRUZIONI: **CONSEGNARE UNA COPIA DEL MODULO AL PAZIENTE!** Preparare una (1) copia per il fascicolo del paziente. Se il presente modulo viene utilizzato per la fatturazione, prepararne una copia supplementare per l'Agente risorse e rimborsi. Se viene inviato ad un'altra agenzia con una richiesta di informazioni, prepararne una copia supplementare per il fascicolo del paziente.

**[DIVULGAZIONE]/[COMUNICAZIONE] CON IL CONSENSO DEL PAZIENTE
(CERCHIARE)**

ENTITA' O NATURA DELLE INFORMAZIONI DA DIVULGARE/COMUNICARE	
SCOPO O ESIGENZA DELLA DIVULGAZIONE/COMUNICAZIONE	
NOME O QUALIFICA DELLA PERSONA O DELL'ORGANIZZAZIONE CHE DIVULGA/COMUNICA LE INFORMAZIONI Tra:	NOME O QUALIFICA DELLA PERSONA O DELL'ORGANIZZAZIONE A CUI DEVE ESSERE FATTA LA DIVULGAZIONE/COMUNICAZIONE E:

Io sottoscritto, avendo letto quanto sopra riportato, autorizzo il personale della struttura summenzionata a divulgare/comunicare le informazioni qui contenute. Sono consapevole di poter ritirare il presente consenso per iscritto in qualsiasi momento, a meno che non siano già state intraprese azioni sulla base di esso. Il presente consenso scadrà dopo sei (6) mesi dalla sua sottoscrizione, a meno che la parte restante del presente documento non indichi un periodo di tempo, un avvenimento o una condizione diversa, nel qual caso risulterà applicabile detto periodo di tempo, avvenimento o condizione. Sono inoltre consapevole che qualsiasi divulgazione/comunicazione è soggetta al Titolo 42 del CFR (Codice delle norme federali) sulla riservatezza dei documenti relativi a pazienti che fanno abuso di alcool e droghe, oltre che alla Legge sulla responsabilità e trasferibilità in materia di copertura assicurativa (Health Insurance Portability and Accountability Act) del 1996 ("HIPAA") 45 CFR Punti 160 e 164; e che l'ulteriore divulgazione di tali informazioni ad una parte che non sia quella summenzionata è vietata, senza una mia autorizzazione scritta supplementare.

Periodo di tempo, avvenimento o condizione in sostituzione del periodo summenzionato: _____

NOTA: Qualsiasi informazione comunicata tramite il presente modulo sarà accompagnata dal divieto di Ulteriore divulgazione di informazioni relative a pazienti che fanno abuso di droghe/alcool (TRS-1)

Sono consapevole che in linea generale il programma non fa dipendere il mio trattamento dalla mia sottoscrizione del modulo di consenso, ma che in talune circostanze limitate detto trattamento potrebbe essermi negato in caso di mancata sottoscrizione del modulo di consenso. Ho ricevuto copia del presente modulo, come attesta la mia firma in calce.

(Firma del paziente)

(Firma del genitore/tutore, se richiesta)

(Nome del paziente in stampatello)

(Nome del genitore/tutore in stampatello)

(Data)

(Data)