

Autorizzazione a comunicare e scambiare informazioni sulla salute comportamentale e sullo stato di salute

Nome del paziente	Data di nascita	Numero di identificazione paziente
Indirizzo del paziente		

Io sottoscritto (o il mio rappresentante autorizzato) chiedo che le informazioni sanitarie concernenti le cure e il trattamento che mi riguardano possano essere comunicate e scambiate come indicato nel presente modulo. Sono consapevole che:

1. La presente autorizzazione può includere la divulgazione di tutte le informazioni sul mio stato di salute comprendendo, ove applicabile, qualsiasi eventuale informazione su TRATTAMENTI per DROGHE o ALCOOL, TRATTAMENTI di SALUTE COMPORTAMENTALE, compresa la DOCUMENTAZIONE CLINICA*, e informazioni GENETICHE, sulla PIANIFICAZIONE FAMILIARE e RELATIVE A HIV/AIDS. Nel caso in cui le informazioni sanitarie sotto menzionate includano questo tipo di informazioni, autorizzo specificamente la comunicazione di dette informazioni agli enti riportati al punto 6.

2. Con alcune eccezioni, le informazioni sanitarie divulgate possono essere nuovamente divulgate dall'ente ricevente. Se si autorizza la comunicazione di informazioni relative a HIV/AIDS, trattamenti per droghe/alcool o trattamenti di salute comportamentale, compresa la documentazione clinica*, le informazioni genetiche e/o di pianificazione familiare, l'ente ricevente non potrà divulgare nuovamente dette informazioni o utilizzare le informazioni divulgate per scopi diversi da quelli indicati dalla presente autorizzazione senza una mia autorizzazione supplementare, a meno che ciò non sia consentito dalle leggi federali o statali. In caso di discriminazione nei miei confronti a seguito della comunicazione o divulgazione di informazioni relative a HIV/AIDS, posso contattare la Divisione diritti umani dello Stato di New York al n. 1-888-392-3644: questa agenzia è responsabile della tutela dei miei diritti.

3. Potrò revocare in qualunque momento in forma scritta la presente autorizzazione al fornitore indicato in basso al punto 5. Riconosco di poter revocare la presente autorizzazione, ma non le azioni già adottate sulla base di questa autorizzazione.

4. La sottoscrizione della presente autorizzazione è volontaria. Sono consapevole che in linea generale il mio trattamento, pagamento, iscrizione a un programma sanitario o la mia idoneità a ricevere indennità non dipenderanno dalla mia autorizzazione alla divulgazione. Tuttavia, sono anche consapevole che il trattamento potrebbe essermi negato in alcune circostanze qualora non firmassi il presente consenso.

5. Nome e indirizzo della persona o ente che comunica e scambia le informazioni:

6. Nome e indirizzo degli enti a cui saranno comunicate e con cui saranno scambiate le informazioni:

Autorizzo l'ente summenzionato a contattare il coordinatore dell'Organizzazione di salute comportamentale (Behavioral Health Organization, BHO) sotto indicato per informarlo della mia partecipazione al programma di cure e agevolare il coordinamento dei servizi di trattamento sanitario fisico e comportamentale di cui necessito. Al fine di valutare la qualità dei servizi resi, autorizzo altresì tutte le comunicazioni necessarie tra la presente struttura e i seguenti enti in merito ai trattamenti ricevuti in passato per abuso di sostanze e/o alcool e ai trattamenti proposti e in corso, compresi il Dipartimento salute dello Stato di New York (New York State Department of Health), l'Ufficio per la salute mentale (Office of Mental Health), l'Ufficio servizi per alcolismo e abuso di sostanze (Office of Alcoholism and Substance Abuse Services), qualsiasi struttura di cura o coordinatore Organizzazione di salute comportamentale a cui potrò essere indirizzato in futuro e

Coordinatore Organizzazione di salute comportamentale (BHO):

Coordinatore Programma di gestione di casi di dipendenza (Managed Addiction Treatment Services, MATS):

Ente governativo locale di igiene mentale: _____

Altro gestore del caso (ad es., ACTS): _____

Altro: _____

7. La divulgazione consente agli enti autorizzati di comunicare tra loro al fine di agevolare il coordinamento dei servizi di salute comportamentale e l'integrazione dei servizi di salute fisica che mi riguardano, nonché la valutazione di chi fornisce i servizi.

8. Le informazioni sul mio stato di salute possono essere divulgate e scambiate per un periodo di tre (3) anni dall'ultima data del servizio o fino alla relativa revoca.

9. Nome del firmatario del modulo (se diverso dal paziente):

10. Autorizzazione alla firma per conto del paziente:

Tutti i punti del presente modulo sono stati completati, ho ricevuto le risposte relative al presente modulo e mi è stata fornita una copia di esso.

FIRMA DEL PAZIENTE O DEL RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO DALLA LEGGE

DATA

Firma/Dichiarazione del testimone:

Ho assistito in qualità di testimone alla sottoscrizione della presente autorizzazione e dichiaro che una copia dell'autorizzazione firmata è stata fornita al paziente e/o al suo rappresentante autorizzato.

NOME E QUALIFICA MEMBRO DEL PERSONALE

FIRMA

DATA

Il presente modulo è stato approvato dal Dipartimento salute, dal Dipartimento igiene mentale e dall'Ufficio servizi per alcolismo e abuso di sostanze dello Stato di New York per consentire la comunicazione di informazioni sanitarie. Tuttavia, il presente modulo non obbliga chi fornisce le cure a comunicare le informazioni sanitarie.

Le informazioni sui trattamenti per droghe/alcool o le informazioni riservate relative a HIV comunicate in base al presente modulo devono essere accompagnate dalle dichiarazioni obbligatorie sul divieto di ulteriore divulgazione.

*Nota: Le informazioni derivanti dalla documentazione clinica di salute mentale possono essere comunicate in conformità con la presente autorizzazione alle parti qui identificate, purché esse dimostrino di necessitare delle informazioni stesse e purché non si ritenga ragionevolmente che tale divulgazione possa danneggiare il paziente o un'altra persona.