

**CONSENSO AL RILASCIO DI INFORMAZIONI
SU PAZIENTE CHE FA ABUSO DI DROGHE/ALCOOL
VALUTAZIONE LOCADTR**

Revocato il: _____ Iniziali staff: _____

Paziente: Cognome	Nome	Iniz. 2° nome
Numero di pratica		
Struttura	Unità	

ISTRUZIONI:

CONSEGNARE UNA COPIA DEL PRESENTE MODULO AL PAZIENTE! Preparare una (1) copia per il fascicolo del paziente. Se deve essere inviato ad un'altra agenzia con una richiesta di informazioni, prepararne una copia supplementare per il fascicolo del paziente.

CONSENSO DEL/DELLA PAZIENTE ALLA DIVULGAZIONE E ALL'OTTENIMENTO DI INFORMAZIONI DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE

ENTITÀ O NATURA DELLE INFORMAZIONI DA DIVULGARE/OTTENERE:

Tutte le informazioni necessarie al completamento di una valutazione personalizzata del Livello di assistenza per il trattamento di abuso di droghe/alcool (Level of Care for Alcohol and Drug Treatment Referral, LOCADTR).

SCOPO O NATURA DELLA DIVULGAZIONE/RILASCIO E NOME DELLE ORGANIZZAZIONI CHE DIVULGANO E OTTENGONO LE INFORMAZIONI DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE:

Acconsento alla divulgazione di informazioni riservate a e tra l'Ufficio servizi per alcolismo e abuso di sostanze (Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS) dello Stato di New York, la struttura sanitaria summenzionata certificata dall'OASAS, il terzo pagante / il programma di assistenza sanitaria (Managed Care Plan) _____ incaricati del mio trattamento clinico, comprese le informazioni presenti nel Sistema dati clienti (Client Data System, CDS) dell'OASAS e compreso il mio numero di previdenza sociale.

Sono consapevole che la valutazione relativa alla determinazione del livello di assistenza verrà condivisa unicamente con me, con la struttura sanitaria summenzionata dell'OASAS e con il terzo pagante / programma di assistenza sanitaria, a meno che io non abbia fornito il permesso scritto di condividere le informazioni con altri programmi, agenzie o terzi paganti.

Sono inoltre consapevole che le informazioni di identificazione non-personale potranno essere oggetto di esame in modo da stabilire l'efficacia dello strumento di valutazione del LOCADTR.

Avendo letto quanto precede, io sottoscritto autorizzo l'Ufficio servizi per alcolismo e abuso di sostanze dello Stato di New York e lo staff della summenzionata struttura sanitaria certificata dall'OASAS a divulgare ed ottenere le informazioni qui specificate.

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 entro 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 di informazioni di identificazione è soggetta al Titolo 42 del Codice delle norme federali (Code of Federal Regulations, CFR), Parte 2 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, HIPAA) del 1996, 45 CFR Paragrafi 160 e 164; e che l'ulteriore divulgazione di tali informazioni supplementari ad una parte che non sia quella summenzionata è vietata, senza una mia autorizzazione scritta supplementare.

NOTA: qualsiasi informazione comunicata tramite il presente modulo **DEVE** essere accompagnata dal modulo **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 limitato detto trattamento potrebbe essermi negato in caso di mancata sottoscrizione del modulo di consenso. Ho ricevuto copia del presente modulo.

(Firma del paziente)

(Firma del genitore/tutore)

(Nome in stampatello del paziente)

(Nome in stampatello del genitore/tutore)

(Data)

(Data)