

**CONSENSO ALLA COMUNICAZIONE DI  
INFORMAZIONI CONCERNENTI L'ABUSO DI  
ALCOOL/DROGHE  
PRESENZA DEL PAZIENTE IN STRUTTURA E  
CONDIZIONI MEDICHE GENERALI**

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

**ISTRUZIONI:** **CONSEGNARE UNA COPIA DEL MODULO AL PAZIENTE!** Preparare una (1) copia per il fascicolo del paziente

Io sottoscritto autorizzo il personale di questa struttura a dichiarare se sono presente o meno nella struttura e a fornire informazioni sulle mie condizioni generali alle persone sotto elencate, che sono personalmente interessate a sapere dove mi trovo e come progredisco. Acconsento che i parenti prossimi sotto elencati siano avvisati in caso di lesioni, malattia o altra emergenza.

Nome parenti prossimi	Telefono
Indirizzo	

NOME(I) DI PERSONE INTERESSATE	RAPPORTO

Sono consapevole di poter revocare il presente consenso per iscritto, a meno che le informazioni autorizzate non siano già state divulgate in base ad esso. In ogni caso, il presente consenso scadrà un (1) mese dopo la mia dimissione da questa struttura. Sono altresì consapevole che qualsiasi divulgazione fatta per mio conto da questa struttura è soggetta alle restrizioni del Titolo 42 del CFR (Codice delle norme federali) sulla riservatezza di documenti su abusi di alcool e droghe, oltre che alla Legge su responsabilità e trasferibilità in materia di copertura assicurativa (Health Insurance Portability and Accountability Act) del 1996 ("HIPAA").

\_\_\_\_\_  
(Firma del paziente)

\_\_\_\_\_  
(Firma del genitore/tutore, se richiesta)

\_\_\_\_\_  
(Nome del paziente in stampatello)

\_\_\_\_\_  
(Nome del genitore/tutore in stampatello)

\_\_\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Data)