

CONSENSO AL RILASCIO DI INFORMAZIONI DI
IDENTIFICAZIONE PERSONALE RIGUARDANTI
TUTTI I TRATTAMENTI RICEVUTI PER ABUSO DI
SOSTANZE/ALCOLISMO
**ALLO SCOPO DI OTTENERE
INDENNITÀ ASSICURATIVE**

Revocato il: _____ Iniziali staff: _____

Cognome paziente	Nome	Iniz. 2° nome
N. PRATICA		
STRUTTURA	UNITÀ	

ISTRUZIONI: FORNIRE UNA COPIA DEL MODULO AL/LA PAZIENTE. Conservare l'originale di questo modulo.

CONSENSO DEL/LA PAZIENTE ALLA DIVULGAZIONE DI INFORMAZIONI DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE

AMBITO O NATURA DELLE INFORMAZIONI DA RENDERE NOTE

Con la presente, io sottoscritto/a _____ autorizzo _____, l'Ufficio dei servizi per alcolismo e abuso di sostanze (Office of Alcoholism and Substance Abuse Services), il Dipartimento della salute (Dept of Health), il Dipartimento per le assicurazioni (Insurance Dept) e il Procuratore generale (Attorney General) dello Stato di New York, nonché la mia compagnia assicurativa, a rilasciare informazioni, a comunicare e a fornire reciprocamente informazioni riguardanti pagamenti, indennità e rimborsi assicurativi, compresa ogni necessaria informazione sanitaria relativa a pagamenti, indennità e problemi di rimborso, per i servizi che ho ricevuto da questo programma.

SCOPO O ESIGENZA DI DIVULGAZIONE

Consentire all'Ufficio dei servizi per alcolismo e abuso di sostanze, al Dipartimento della salute, al Dipartimento per le assicurazioni e al Procuratore generale dello Stato di New York di assistere me e il mio fornitore di terapie di recupero nell'ottenere accesso alle indennità assicurative e al rimborso dei servizi forniti.

Io sottoscritto/a, avendo letto quanto sopra riportato, autorizzo il personale del _____, l'Ufficio dei servizi per alcolismo e abuso di sostanze, il Dipartimento della salute, il Dipartimento per le assicurazioni e il Procuratore generale dello Stato di New York, nonché la mia compagnia assicurativa, a rendere note e ottenere tali informazioni come qui specificato. Sono consapevole di poter revocare per iscritto questo consenso in qualsiasi momento tranne nel caso in cui sia stata intrapresa un'azione in virtù di tale consenso, e che in ogni caso questo consenso decadrà automaticamente:

_____ Quando saranno stati risolti i problemi relativi a pagamenti, indennità e rimborsi; oppure

_____ (Specificare l'altro caso in cui il consenso potrà essere revocato e/o decadrà)

Sono inoltre consapevole che qualsiasi divulgazione di informazioni identificative è soggetta al Titolo 42 del Codice delle norme federali (Code of Federal Regulations, CFR) Parte 2 sulla riservatezza dei dati sanitari 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, Punti 160 e 164; e che l'ulteriore divulgazione di queste informazioni aggiuntive a una parte che non sia quella summenzionata è vietata, senza una mia autorizzazione scritta supplementare.

NOTA:

Qualsiasi informazione rilasciata attraverso il presente modulo sarà accompagnata dal modulo di divieto di ulteriore divulgazione di informazioni relative a pazienti trattati per alcolismo/abuso di sostanze (Prohibition on Rediscovery of Information Concerning Alcoholism/Drug Abuse Patient)

Riconosco inoltre che il mio trattamento non sarà condizionato dalla mia sottoscrizione di questo modulo di consenso. Ho ricevuto copia del presente modulo, come attesta la mia firma in calce.

(Firma del/la paziente)

(Firma del genitore/tutore legale, laddove richiesta)

(Nome in stampatello del/la paziente)

(Nome in stampatello del genitore/tutore)

(Data)

(Data)

Indicare il tipo di autorizzazione a firmare per conto del/la paziente _____