



Ufficio servizi per alcolismo e abuso di sostanze dello Stato di New York (NYS Office of Alcoholism and Substance Abuse Services)
Autorizzazione alla comunicazione di informazioni sulla salute comportamentale

Form with fields: 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 compresi, ove applicabile, il mio numero di previdenza sociale federale (esclusivamente per finalità di ricerca in archivio), qualsiasi eventuale informazione su TRATTAMENTI per DROGHE o ALCOOL e informazioni 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 all'Ufficio servizi per alcolismo e abuso di sostanze (OASAS) dello Stato di New York.

Se apponete le vostre iniziali in questa riga, anche le informazioni RELATIVE a HIV/AIDS potranno essere comunicate all'OASAS. Non è obbligatorio apporre le iniziali in questa riga.

Se apponete le vostre iniziali in questa riga, anche il vostro numero di previdenza sociale potrà essere comunicato all'OASAS. Non è obbligatorio apporre le iniziali in questa riga.

2. Con alcune eccezioni, le informazioni sanitarie divulgate possono essere nuovamente divulgate dall'ente ricevente. Se autorizzo la comunicazione del mio numero di previdenza sociale federale e di informazioni relative a HIV/AIDS e a trattamenti per droghe/alcool, 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 (New York State Division of Human Rights) 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.

Form with fields: 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; 7. Questa divulgazione è in conformità con l'implementazione dell'iniziativa di riprogettazione Medicaid dello Stato di New York e con i requisiti federali obbligatori sulla comunicazione. Accettando le informazioni riferite nel presente consenso nel Sistema dati clienti dell'OASAS dello Stato di New York, l'OASAS dello Stato di New York riconosce che tali informazioni non potranno essere nuovamente divulgate ai sensi della normativa 42 CFR 2.32 - Divieto di ulteriore divulgazione. 8. Le informazioni sul mio stato di salute possono essere divulgate 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

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.