



Autorizzazione alla comunicazione e allo scambio di informazioni sulla salute comportamentale

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

Io sottoscritto/a, o il mio rappresentante autorizzato, chiedo che le informazioni sanitarie relative alle cure e ai trattamenti a cui sono sottoposto/a possano essere comunicate e scambiate secondo quanto stabilito nel presente modulo. Sono consapevole che:

1. La presente autorizzazione possa includere la divulgazione di tutte le informazioni sul mio stato di salute tra cui, 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 descritte di seguito includano questo tipo di informazioni, autorizzo specificamente la divulgazione 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 autorizzo 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 (New York State Division of Human Rights) al numero 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 di seguito al punto 5. Sono consapevole di avere la facoltà di revocare la presente autorizzazione, ma non di annullare le azioni già adottate sulla base di questa autorizzazione.

4. La sottoscrizione della presente autorizzazione è volontaria. Sono consapevole che in linea generale l'accesso ai servizi non dipenderà dalla mia autorizzazione alla divulgazione. Tuttavia, sono anche consapevole che il trattamento potrebbe essermi negato in alcune circostanze qualora non firmassi la presente autorizzazione.

5. Nome e indirizzo del fornitore o dell'entità a cui saranno comunicate e con cui saranno scambiate le informazioni:

6. Nome e indirizzo delle entità che comunicano e scambiano le informazioni:

Autorizzo l'entità summenzionata a contattare i fornitori sotto indicati perché accedano alle informazioni sul mio stato di salute e agevolino il coordinamento dei servizi di cui necessito. Al fine di valutare la qualità dei servizi resi, autorizzo altresì tutte le comunicazioni necessarie tra la presente struttura e le seguenti entità in merito ai trattamenti ricevuti in passato per abuso di sostanze e/o alcool e ai trattamenti proposti e in corso:

- L'Ufficio servizi per l'alcolismo e l'abuso di sostanze dello Stato di New York (New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services); e
- **Altro:** _____

7. Scopo di questa divulgazione è consentire alle entità autorizzate di comunicare con l'Ufficio servizi per l'alcolismo e l'abuso di sostanze per agevolare la produzione di resoconti.

8. Le informazioni sul mio stato di salute possono essere divulgate e scambiate per un periodo di due (2) anni dall'ultima data del servizio o fino alla relativa revoca.

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

10. Autorizzazione alla firma per conto del/la paziente:

Tutti i campi del presente modulo sono stati completati, ho ricevuto le risposte alle domande relative al presente modulo e mi è stata fornita una copia dello stesso.

FIRMA DEL/LA 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 firmata dell'autorizzazione è stata fornita al/la paziente e/o al suo rappresentante autorizzato.

NOME E QUALIFICA DEL MEMBRO DEL PERSONALE

FIRMA

DATA

Il presente modulo è stato approvato 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 i fornitori di servizi di assistenza sanitaria a divulgare 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 sulla salute mentale possono essere comunicate in conformità con la presente autorizzazione alle parti qui identificate, a condizione che esse dimostrino di avere bisogno delle informazioni stesse e che la divulgazione non possa ragionevolmente arrecare danno al/la paziente o a un'altra persona.