

**CONSENSO AL RILASCIO DI INFORMAZIONI
RELATIVE A UN PAZIENTE CHE FA ABUSO DI
DROGHE/ALCOOL**

Revocato il: _____ Iniziali staff: _____

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

ISTRUZIONI: **FORNIRE UNA COPIA DI QUESTO MODULO AL(LA) PAZIENTE.** Preparare una (1) copia per il fascicolo del(la) paziente. Se il modulo dovrà essere inviato a un'altra agenzia tramite richiesta di informazioni, preparare un'ulteriore copia per il fascicolo del(la) paziente.

**CONSENSO DEL(LA) PAZIENTE ALLA DIVULGAZIONE E ALL'OTTENIMENTO DI INFORMAZIONI
DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE**

NATURA DELLE INFORMAZIONI DA RENDERE NOTE O DA OTTENERE

Ogni informazione necessaria per condurre un'indagine su qualsiasi caso presunto di abuso o negligenza, o su altri casi significativi, in cui io possa essere stato/a citato/a o essere altrimenti coinvolto/a.

**SCOPO O NATURA DELLA DIVULGAZIONE/DEL RILASCIO E INDICAZIONE DELLE ORGANIZZAZIONI ATTE A DIVULGARE E OTTENERE
INFORMAZIONI DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE.**

- 1) 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) del New York State, l'Ufficio servizi per i minori e la famiglia (Office of Children and Family Services, OCFS), compreso il suo Ufficio per le udienze particolari (Bureau of Special Hearings), e l'Ufficio legale per la tutela dei soggetti con esigenze particolari (Justice Center for the Protection of People with Special Needs, JC) dello Stato di New York, compreso il suo Archivio centrale dei soggetti vulnerabili (Vulnerable Persons Central Register, VPCR), allo scopo di indagare o di giungere a una decisione riguardo a qualsiasi caso presunto di abuso o negligenza, o ad altri casi significativi, in cui io possa essere stato/a citato/a o essere altrimenti coinvolto/a.
- 2) Qualora fossi minorenne (di età inferiore a 18 anni), do inoltre a questo programma, all'Ufficio servizi per alcolismo e abuso di sostanze (OASAS) dello Stato di New York, all'Ufficio servizi per i minori e la famiglia (OCFS) e all'Ufficio legale per la tutela dei soggetti con esigenze particolari (JC), il consenso a dare comunicazione al mio genitore o tutore legale di eventuali casi presunti di abuso o negligenza, o di altri casi significativi, in cui io possa essere stato/a citato/a o essere altrimenti coinvolto/a.

Io sottoscritto/a, avendo letto quanto sopra riportato, autorizzo il personale della struttura indicata a comunicare e ottenere le informazioni qui specificate. Sono consapevole di poter revocare per iscritto questo consenso in qualsiasi momento tranne nel caso in cui sia già stata intrapresa un'azione in virtù di tale consenso. Il consenso decadrà dopo sei (6) mesi dal suo rilascio, a meno che non sia specificato di seguito un lasso di tempo, un evento o una condizione diversa, nel qual caso si applicherà tale lasso di tempo, evento o condizione. Sono inoltre consapevole che qualsiasi divulgazione di informazioni identificative è soggetta al Titolo 42 del Codice delle norme federali (Code of Federal Regulations, C.F.R.) 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 C.F.R. §§160 e 164; e che l'ulteriore divulgazione di queste informazioni aggiuntive a una parte che non sia tra quelle summenzionate è vietata, senza una mia autorizzazione scritta supplementare.

Lasso di tempo, evento o condizione che estende il periodo precedentemente specificato: completamento di un'indagine da parte dell'Ufficio legale su un caso presunto di abuso o negligenza, o su altro caso significativo, ai sensi del Capitolo 501 delle leggi del 2012 (Laws of 2012) e chiusura di un procedimento in base all'Articolo 6, titolo 6 della legge sui servizi sociali di New York (NY Social Services Law).

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 limitate detto trattamento potrebbe essermi negato in caso di mancata sottoscrizione del modulo di consenso. Ho ricevuto copia del presente modulo, come attesta la mia firma in calce.

(Firma del paziente)

(Firma del genitore/tutore)

(Nome in stampatello del paziente)

(Nome in stampatello del genitore/tutore)

(Data)

(Data)