

**CONSENSO ALLA COMUNICAZIONE DI
INFORMAZIONI RIGUARDANTI PERSONE
AFFETTE DA DISTURBO DA USO DI SOSTANZE**

COGNOME DEL/DELLA PAZIENTE	NOME	INIZ. 2° NOME
CARTELLA N.		
STRUTTURA	UNITÀ	

ISTRUZIONI: **FORNIRE UNA COPIA DEL MODULO AL/ALLA PAZIENTE!** Preparare una (1) copia per la cartella del/della paziente. Se il presente modulo viene usato per scopi di fatturazione, preparare una copia aggiuntiva per l'Addetto alle risorse e ai rimborsi. Se il modulo viene inviato a un'altra agenzia con una richiesta di informazioni, preparare una copia aggiuntiva per la cartella del/della paziente.

[DIVULGAZIONE] / [COMUNICAZIONE] CON IL CONSENSO DEL/DELLA PAZIENTE

ENTITÀ O NATURA DELLE INFORMAZIONI DA DIVULGARE / COMUNICARE (CERCHIARE)

SCOPO O NECESSITÀ DELLA DIVULGAZIONE / COMUNICAZIONE (CERCHIARE)

NOME O TITOLO DELLA PERSONA O DELL'ORGANIZZAZIONE DIVULGANTE / COMUNICANTE LE INFORMAZIONI Fra:	NOME O TITOLO DELLA PERSONA O DELL'ORGANIZZAZIONE A CUI SI DIVULGANO / SI COMUNICANO LE INFORMAZIONI e:
---	---

Io sottoscritto/a ho letto il documento di cui sopra e autorizzo lo staff della struttura divulgante / comunicante menzionata a divulgare / comunicare dette informazioni come ivi specificato. Comprendo di poter ritirare il presente consenso per iscritto in qualsiasi momento, salvo i casi in cui siano state adottate misure in virtù dello stesso. Il presente consenso avrà una durata di sei (6) mesi dalla relativa sottoscrizione, salvo siano specificati un periodo di tempo, un evento o condizioni differenti di seguito, nel cui caso si applicherà detto periodo di tempo, evento o condizione. Comprendo inoltre che qualsiasi divulgazione / comunicazione è vincolata dal Titolo 42 del Codice delle normative federali che disciplina la riservatezza dei documenti dei pazienti affetti da disturbo da uso di sostanze, nonché dalla Normativa sulla portabilità e responsabilità delle polizze di assicurazione sanitaria del 1996 ("HIPAA") e dalla normativa 45 CFR artt. 160 e 164; e che la ridivulgazione di queste informazioni a una parte diversa da quella nominata in precedenza è vietata senza un'autorizzazione aggiuntiva per iscritto da parte mia.

Periodo di tempo, evento o condizione a sostituzione del periodo specificato in precedenza: _____

NOTA: Qualsiasi informazione comunicata tramite il presente modulo sarà corredata dal modulo di divieto di ridivulgazione delle informazioni riguardanti persone affette da disturbo da uso di sostanze (TRS-1)

Comprendo che, generalmente, il programma non può vincolare il mio trattamento alla sottoscrizione di un modulo di consenso da parte mia, ma che in determinate circostanze limitate, in caso di mio rifiuto, potrebbe essermi negato il trattamento. Ho ricevuto una copia del presente modulo, come attestato dalla mia firma sottostante.

(Firma del paziente)

(Firma del genitore / tutore, quando richiesta)

(Nome in stampatello del paziente)

(Nome in stampatello del genitore / tutore)

(Data)

(Data)