

**CONSENSO PER LA COMUNICAZIONE DI
INFORMAZIONI RIGUARDANTI PERSONE AFFETTE
DA UN DISTURBO DA USO DI SOSTANZE IN UNA
STRUTTURA E DELLE LORO CONDIZIONI DI
SALUTE GENERALI**

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

ISTRUZIONI: FORNIRE UNA COPIA DEL MODULO AL/ALLA PAZIENTE! Preparare una (1) copia per la cartella del/della paziente

Io, sottoscritto/a, autorizzo lo staff di questa struttura a indicare se sono presente o meno presso questa struttura e a fornire informazioni sulle mie condizioni generali alle persone elencate di seguito che sono personalmente interessate alle mie sorti e ai miei progressi. Accetto che il mio familiare di riferimento, elencato di seguito, sia informato in caso di incidente, malattia o altro tipo di emergenza.

Nome del familiare di riferimento	Telefono
Indirizzo	

NOME/I DELLE PERSONE INTERESSATE	RELAZIONE

Comprendo di poter revocare il presente consenso per iscritto, salvo i casi in cui siano state divulgate informazioni autorizzate in virtù dello stesso. In ogni caso, il presente consenso è valido fino a un (1) mese dopo la mia dimissione da questa struttura. Comprendo inoltre che l'eventuale divulgazione resa per mio conto da questa struttura è vincolata dal Titolo 42 del Codice delle normative federali che disciplina la riservatezza dei documenti relativi al disturbo da uso di sostanze, nonché dalla Normativa sulla portabilità e responsabilità delle polizze di assicurazione sanitaria del 1996 ("HIPAA").

(Firma del/della paziente)

(Firma del genitore/tutore, quando richiesta)

(Nome in stampatello del/della paziente)

(Nome in stampatello del genitore/tutore)

(Data)

(Data)