



**AUTORIZZAZIONE ALLA COMUNICAZIONE  
DI INFORMAZIONI RISERVATE CORRELATE  
ALL'HIV\***

COGNOME PAZIENTE/IMPUTATO/A	NOME	INIZ. 2° NOME
N. IDENTIFICATIVO	CASO N.	
STRUTTURA	UNITA	

**ISTRUZIONI:** preparare una (1) copia per la cartella del/della paziente

Per "Informazioni riservate correlate all'HIV" si intende qualsiasi informazione indicante che una persona ha eseguito un test per l'HIV, o ha un'infezione da HIV, una malattia correlata all'HIV o l'AIDS, oppure qualsiasi informazione che potrebbe indicare che una persona è stata esposta potenzialmente all'HIV.

Ai sensi della Normativa dello Stato di New York (*New York State Law*), a eccezione di determinate persone, le informazioni riservate correlate all'HIV possono essere fornite soltanto a persone alle quali lei consente l'accesso sottoscrivendo una liberatoria. Può richiedere un elenco delle persone alle quali è possibile fornire le informazioni riservate correlate all'HIV senza una liberatoria.\*\*

Se sottoscrive la presente liberatoria, le informazioni correlate all'HIV possono essere fornite alle persone elencate nella liberatoria, e per il motivo (o i motivi) riportato nella stessa. Non è necessario che lei sottoscriva la liberatoria, e ha la facoltà di cambiare idea in qualsiasi momento.

Se subisce una discriminazione a causa della comunicazione di informazioni correlate all'HIV, può contattare la Divisione per i diritti umani dello Stato di New York (*New York State Division of Human Rights*) al numero (888) 392-3644 o la Commissione per i diritti umani della Città di New York (*New York City Commission of Human Rights*) al numero (212) 306-7450. Questi enti hanno la responsabilità di tutelare i suoi diritti.

NOME E INDIRIZZO DELLA PERSONA CHE COMUNICHERÀ LE INFORMAZIONI CORRELATE ALL'HIV	NOME E INDIRIZZO DELLA PERSONA A CUI SARANNO FORNITE LE INFORMAZIONI CORRELATE ALL'HIV
MOTIVO PER LA COMUNICAZIONE DELLE INFORMAZIONI CORRELATE ALL'HIV	
ENTITÀ O NATURA DELLE INFORMAZIONI DA COMUNICARE	
PERIODO DI TEMPO DURANTE IL QUALE SI AUTORIZZA LA COMUNICAZIONE	
Dal: _____ al: _____	

Ho ricevuto risposta alle mie domande sulla liberatoria. Sono consapevole di non essere obbligato/a ad acconsentire alla comunicazione delle informazioni correlate all'HIV, e di poter cambiare idea in qualsiasi momento revocando il mio consenso, salvo i casi in cui siano state adottate misure in virtù della stessa.

\_\_\_\_\_  
(Firma del(la) paziente/imputato/a)

\_\_\_\_\_  
(Firma del genitore/tutore, quando richiesta)

\_\_\_\_\_  
(Nome in stampatello del(la) paziente/imputato/a)

\_\_\_\_\_  
(Nome in stampatello del genitore/tutore)

\_\_\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Data)

\* Il virus dell'immunodeficienza umana è il virus che può causare l'AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita).

\*\* Le normative federali relative ai documenti di pazienti affetti da disturbo da uso di sostanze (42 CFR Part 2) potrebbero richiedere il suo consenso o un'Ordinanza del tribunale anche qualora non richiesti dalla normativa statale.