

AUTORIZZAZIONE ALLA COMUNICAZIONE E ALLO SCAMBIO DI INFORMAZIONI SULLA SALUTE COMPORTAMENTALE

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

Io sottoscritto/a, o tramite il mio rappresentante autorizzato, richiedo che le informazioni sanitarie riguardanti la mia assistenza e il mio trattamento possano essere comunicate e scambiate come stabilito dal presente modulo. Comprendo che:

- 1 La presente autorizzazione può includere la divulgazione di tutte le mie informazioni sanitarie inclusa, eventualmente, ogni informazione relativa al TRATTAMENTO DI ALCOLISMO e TOSSICODIPENDENZA, ai TRATTAMENTI DI SALUTE MENTALE che comprendono informazioni provenienti da CARTELLE CLINICHE*, di GENETICA, di PIANIFICAZIONE FAMILIARE e CORRELATE A HIV/AIDS. Nell'eventualità che le informazioni sanitarie descritte di seguito includano uno o più di questi tipi di informazioni, ne autorizzo specificamente la comunicazione alle entità indicate alla Voce 6.
- 2 Salvo alcune eccezioni, una volta divulgate, le informazioni sanitarie possono essere ridivulgate dall'entità ricevente. Qualora io stia autorizzando la comunicazione di informazioni correlate ad HIV/AIDS, trattamento di alcolismo o tossicodipendenza, o trattamenti di salute mentale che comprendono cartelle cliniche*, genetica e/o pianificazione familiare, all'entità ricevente è fatto divieto di ridivulgare tali informazioni o di utilizzare le informazioni divulgate per qualsiasi scopo diverso da quello indicato dalla presente autorizzazione senza una mia ulteriore autorizzazione, salvo sia consentito ai sensi delle normative federali o statali. Qualora dovessi subire una discriminazione a causa della comunicazione o della divulgazione di informazioni correlate all'HIV/AIDS, posso contattare la Divisione per i diritti umani dello Stato di New York (*New York State Division of Human Rights*) al numero 1-888-392-3644. Questo ente ha la responsabilità di tutelare i miei diritti.
- 3 Ho il diritto di revocare la presente autorizzazione in qualsiasi momento tramite comunicazione scritta al fornitore indicato di seguito alla Voce 5. Comprendo che ho la facoltà di revocare la presente autorizzazione salvo il caso in cui siano già stati presi provvedimenti sulla base della stessa.
- 4 La sottoscrizione della presente autorizzazione è volontaria. Comprendo che, generalmente, l'accesso ai servizi non sarà condizionato alla mia autorizzazione della presente divulgazione. Tuttavia, comprendo anche che potrebbe essermi negato il trattamento in alcune circostanze qualora io non sottoscrivessi il presente consenso.

5. Nome e indirizzo del fornitore o dell'entità a cui saranno divulgate e scambiate queste informazioni: Office of Addiction Services and Supports, 1450 Western Ave, Albany, NY 12203	
6. Nome e indirizzo del fornitore (o dei fornitori) che comunica o scambia le informazioni: Autorizzo il fornitore (o i fornitori) indicato di seguito a condividere le mie informazioni sanitarie personali con l'Entità indicata in precedenza, ossia l'Ufficio per i servizi e i supporti alle dipendenze (<i>Office of Addiction Services and Supports</i>). Affinché possa essere valutata la qualità dei servizi a me erogati, presto il mio consenso anche a tutte le comunicazioni necessarie fra l'Ufficio per i servizi e i supporti alle dipendenze e il seguente fornitore (o fornitori) in relazione ai miei trattamenti precedenti per l'abuso di sostanze e/o di alcolici; servizi di trattamento attuali e proposti:	
<ul style="list-style-type: none"> • Nome e indirizzo del fornitore: _____ • Nomi e indirizzi di fornitori aggiuntivi: _____ 	
7. La presente divulgazione ha lo scopo di consentire alle entità autorizzate di comunicare con l'Ufficio per i servizi e i supporti alle dipendenze al fine di agevolare la segnalazione.	
8. Le mie informazioni sanitarie potrebbero essere divulgate e scambiate per un periodo di due (2) anni dalla data ultima del servizio, o salvo diversa revoca.	
9. Se non si tratta del/della paziente, nome della persona che sottoscrive il modulo:	10. Potere di firma per conto del/della paziente:

Tutte le voci presenti nel modulo sono state compilate, le mie domande sul presente modulo hanno ricevuto risposta e mi è stata fornita una copia del modulo.

FIRMA DEL/DELLA PAZIENTE

DATA

FIRMA DEL RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO PER LEGGE

DATA

Il presente modulo è stato approvato dall'Ufficio per i servizi e i supporti alle dipendenze dello Stato di New York al fine di consentire la comunicazione delle informazioni sanitarie. Tuttavia, il presente modulo non obbliga i fornitori di assistenza sanitaria a comunicare le informazioni sanitarie.

Le informazioni correlate al trattamento di alcolismo/tossicodipendenza o le informazioni riservate relative all'HIV comunicate tramite il presente modulo devono essere accompagnate dalle dichiarazioni necessarie riguardanti il divieto di ridivulgazione.

*Nota: le informazioni provenienti dalle cartelle cliniche di salute mentale possono essere comunicate ai sensi della presente autorizzazione ai soggetti ivi indicati con una necessità dimostrabile di dette informazioni, purché non si preveda ragionevolmente che la divulgazione sia pregiudizievole per il paziente o per un'altra persona.