



Autorizzazione al rilascio di informazioni sanitarie (comprese le informazioni sui trattamenti riguardanti l'alcol/l'abuso di droghe e sulla salute mentale e le informazioni riservate correlate a HIV/AIDS)

Sezione I. Dati del paziente

Nome paziente:	Data di nascita:	N. cartella clinica (MRN):
Indirizzo paziente:	N. telefono:	Indirizzo e-mail:

Sezione II. Informazioni sull'autorizzazione

Il sottoscritto/La sottoscritta o un mio rappresentante autorizzato richiede che le informazioni sanitarie riguardanti le mie cure e terapie siano rilasciate secondo quanto descritto nel presente modulo. Comprendo e affermo quanto segue.

1. La presente autorizzazione potrebbe essere utilizzata per il rilascio di tutte informazioni sanitarie protette, tra cui LE INFORMAZIONI SU TRATTAMENTI RIGUARDANTI IL DISTURBO DA USO DI SOSTANZE, SU TRATTAMENTI DI SALUTE MENTALE e LE INFORMAZIONI RISERVATE CORRELATE A HIV/AIDS. Le informazioni su trattamenti per il disturbo da uso di sostanze, su trattamenti di salute mentale e le informazioni correlate a HIV/AIDS possono essere rilasciate soltanto alle persone elencate al punto 10 esclusivamente se io avrò specificamente autorizzato il rilascio di tali informazioni apponendo la sigla delle mie iniziali sulla relativa riga al punto 13.
2. Le informazioni ricavate da cartelle cliniche di salute mentale possono essere rilasciate in base alla presente autorizzazione ai soggetti identificati in questo documento, i quali abbiano una dimostrabile esigenza di avere le informazioni, a condizione che non si preveda che tale divulgazione rappresenti un danno per il paziente o un'altra persona.
3. A parte alcune eccezioni, dopo la loro divulgazione, le informazioni sanitarie potrebbero essere nuovamente divulgate da chi le ha ricevute. Se io autorizzo il rilascio di informazioni sanitarie correlate a HIV/AIDS, trattamenti per disturbi da uso di sostanze o trattamenti di salute mentale, chi le riceve ha il divieto di divulgare ulteriormente tali informazioni o utilizzare le informazioni divulgate per fini diversi senza la mia autorizzazione, a meno che sia consentito dalla legge federale o statale. Se subisco discriminazioni a causa del rilascio o della divulgazione di informazioni correlate a HIV/AIDS, ho la possibilità di rivolgermi al numero al numero 1-888-392-3644 per contattare la Divisione per i diritti umani dello Stato di New York (New York State Division of Human Rights), l'ente che ha il compito di tutelare i miei diritti.
4. Ho il diritto di revocare in qualsiasi momento la presente autorizzazione, scrivendo all'operatore o al soggetto elencato di seguito al punto 9. Ho la possibilità di revocare la presente autorizzazione tranne per ciò che riguarda la divulgazione già effettuata in base alla presente autorizzazione.
5. La presente autorizzazione può essere compilata e firmata elettronicamente, ai sensi della Legge sulle firme e i documenti in formato elettronico (Electronic Signatures and Records Act), anche tramite la cartella clinica elettronica di un operatore. Gli operatori devono provvedere a stampare e/o consegnare il presente modulo nel formato approvato al paziente, al rappresentante del paziente e/o ai destinatari previsti.
6. La scelta di firmare la presente autorizzazione è volontaria. Sono consapevole che in generale i miei trattamenti, i pagamenti, l'iscrizione a un piano sanitario o l'ammissibilità a prestazioni non dipenderanno dal fatto che io abbia autorizzato questa divulgazione. Tuttavia, sono ben consapevole che, se io non firmassi questo consenso, è possibile che, in determinate circostanze, mi venga rifiutato il trattamento.
7. Devo compilare tutti i punti del presente modulo. Il presente modulo non sarà valido se viene lasciata vuota una qualsiasi sezione.
8. Ho ricevuto i chiarimenti che ho richiesto riguardo a questo modulo e mi è stata consegnata una copia del modulo.

Copia rifiutata dal cliente



Autorizzazione al rilascio di informazioni sanitarie (comprese le informazioni sui trattamenti riguardanti l'alcol/l'abuso di droghe e sulla salute mentale e le informazioni riservate correlate a HIV/AIDS)

Sezione III. Informazioni sul rilascio

9. Nome e dati di contatto dell'operatore autorizzato al rilascio di queste informazioni:

10. Nome e dati di contatto delle persone a cui saranno rilasciate queste informazioni:

11. Finalità del rilascio delle informazioni: _____
12. A meno che io non l'abbia revocata in precedenza, la presente autorizzazione per il rilascio delle mie informazioni sanitarie scadrà al momento dell'evento o della data specificati di seguito.

Sezione IV. Informazioni sanitarie

13. Autorizzo la divulgazione delle informazioni sanitarie protette indicate di seguito.
- Parte della mia cartella clinica da (inserire data) _____ a (inserire data) _____
- Intera cartella clinica, tra cui le anamnesi del paziente, note/appunti (tranne annotazioni di psicoterapia a parte), referti di esami, accertamenti radiologici, filmati, rinvii a specialisti, consulti, documenti di fatturazione, documenti assicurativi e documentazione inviata al paziente da altri operatori sanitari.
- Altro (specificare): _____

Nel caso siano da rilasciare informazioni su trattamenti di salute mentale, trattamenti SUD (disturbo da uso di sostanze) e informazioni correlate all'HIV/AIDS, è obbligatorio selezionare di seguito la casella e apporre la data in relazione alle specifiche informazioni che si desidera divulgare.

- Cartelle cliniche ricavate da programmi di salute mentale* Iniziali: _____ Data: _____
- Documenti ricavati da programmi di trattamento SUD Iniziali: _____ Data: _____
- Informazioni correlate a HIV/AIDS Iniziali: _____ Data: _____

Sezione V. Firma

14. Firma del paziente o del rappresentante personale: _____
15. Data: _____
16. Nome del paziente (a stampa o stampatello):

17. Se non si tratta del paziente, il nome del Rappresentante personale (a stampa o stampatello):

18. Titolo che autorizza il Rappresentante personale a firmare per conto del paziente: _____

Il presente modulo si può utilizzare al posto di DOH2557, DOH5032 od OMH 11 ed è stato approvato dal NYS Office of Mental Health (OMH - Ufficio per la salute mentale dello Stato di New York) per consentire il rilascio di informazioni sanitarie o cartelle cliniche di salute mentale. Tuttavia, questo modulo non prescrive agli operatori sanitari di rilasciare informazioni sanitarie. Le informazioni su trattamenti per il disturbo da uso di sostanze, su trattamenti di salute mentale o le informazioni riservate correlate all'HIV rilasciate attraverso il presente modulo devono essere corredate dalle dichiarazioni obbligatorie riguardanti il divieto di ulteriore divulgazione.