NEW YORK STATE | Office of Mental Health
PSYCKES

Modulo di ritiro del consenso

Nome operatore/struttura

Tutto quello che c'è da sapere

In precedenza, Lei aveva firmato un Modulo di consenso, concedendo a questo fornitore di cure sanitarie l'accesso ai suoi dati Medicaid e altre informazioni sanitarie presenti nella banca dati online del Sistema di servizi psichiatrici e miglioramento delle conoscenze cliniche (PSYCKES, Psychiatric Services and Clinical Knowledge Enhancement System).

Se non desidera più che questo fornitore e il personale del fornitore stesso che si occupa delle sue cure vedano i suoi dati, Lei deve compilare e firmare questo Modulo di ritiro del consenso. Al termine, firmi e consegni a loro il presente modulo:

1. Questo fornitore di cure sanitarie non sarà più in grado di accedere ai suoi dati sanitari attraverso PSYCKES. Vi sono alcune eccezioni, vale a dire:
   - in caso di emergenza, oppure
   - quando sia consentito da leggi o regolamenti statali e federali sulla riservatezza. Ad esempio, se Medicaid ha dubbi sulla qualità delle sue cure sanitarie, il suo fornitore potrebbe ottenere l'accesso a PSYCKES per consentire loro di decidere se Lei sta ricevendo le cure giuste al momento giusto.[1]
2. È possibile che il suo fornitore sia in grado di accedere ai suoi dati medici attraverso altri canali. Ad esempio, le stesse leggi e gli stessi regolamenti potrebbero consentirgli di ottenere da un altro fornitore le informazioni necessarie per curarla.
3. Il presente Ritiro del consenso non avrà effetti sui dati sanitari condivisi mentre il suo Consenso era valido.
4. Il ritiro del consenso non modificherà in alcun modo il suo accesso alle cure mediche e alla copertura assicurativa sanitaria. I suoi fornitori sanitari potranno comunque presentare le richieste al suo assicuratore in relazione ai servizi che Lei riceve.
5. Lei può compilare un nuovo Modulo di consenso PSYCKES in qualsiasi momento. I moduli sono disponibili presso il suo fornitore e, dopo la compilazione e la firma, devono essere restituiti al fornitore stesso.
6. Dopo la firma e la presentazione del modulo, Lei ne riceverà una copia.

Cosa deve fare

Fornire le informazioni richieste di seguito e consegnare questo modulo al suo fornitore.

Nome del paziente a macchina o stampatello

Data di nascita del paziente

Numero ID Medicaid del paziente

Firma del paziente o del rappresentante legale del paziente

Data

Nome a macchina o stampatello del rappresentante legale (se applicabile)

Rapporto del rappresentante legale con il paziente (se applicabile)

[1] Le leggi e i regolamenti comprendono la sezione 33.13 della legge sull'igiene mentale di New York (NY Mental Hygiene Law), l'articolo 27-F della legge sulla sanità pubblica di New York (NY Public Health Law) e le norme federali sulla riservatezza, tra cui 42 CFR Parte 2 e 45 CFR Parti 160 e 164 (denominate anche HIPAA).