

**Autorizzazione alla divulgazione di informazioni sanitarie (incluse informazioni sanitarie su trattamenti per abuso di alcol/stupefacenti e per disturbi mentali) e di informazioni collegate all'HIV/AIDS riservate.**

DIPARTIMENTO DELLA SALUTE DELLO STATO DI NEW YORK

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

Io (o il rappresentante da me autorizzato) richiedo che le informazioni sanitarie relative alla mia assistenza e al mio trattamento vengano divulgate così come specificato in questo modulo. Comprendo che:

1. Questa autorizzazione può includere la divulgazione di informazioni relative a TRATTAMENTI PER ABUSO DI ALCOL e STUPEFACENTI, TRATTAMENTI PER DISTURBI MENTALI e INFORMAZIONI RISERVATE COLLEGATE ALL'HIV/AIDS unicamente se appongo le mie iniziali nella riga corrispondente al punto 8. Nel caso in cui le informazioni sanitarie descritte sotto dovessero includere una qualsiasi di queste tipologie di informazioni e io apponessi le mie iniziali nella riga della casella al punto 8, autorizzo specificamente la divulgazione di tali informazioni alla/e persona/e indicata/e al punto 6.
2. Con alcune eccezioni, le informazioni sanitarie già divulgate possono essere ri-divulgate dal destinatario. Se autorizzo la divulgazione di informazioni collegate all'HIV/AIDS, a trattamenti per abuso di alcol o stupefacenti o per disturbi mentali, il destinatario ha il divieto di ri-divulgare tali informazioni o di utilizzare le informazioni divulgate per qualsiasi altro scopo in assenza della mia autorizzazione, a meno che ciò non sia consentito ai sensi di leggi federali o statali. Qualora dovessi subire una discriminazione a causa della divulgazione delle informazioni collegate all'HIV/AIDS, posso contattare la Division of Human Rights dello Stato di New York al n. 1-888-392-3644. Quest'agenzia è responsabile della tutela dei miei diritti.
3. Ho il diritto di revocare questa autorizzazione in qualsiasi momento scrivendo all'operatore/struttura indicati al punto 5 sotto. Comprendo di poter revocare questa autorizzazione tranne nella misura in cui un'azione sia già stata intrapresa sulla base di questa autorizzazione.
4. Firmare questa autorizzazione è un atto volontario. Comprendo che, in generale, il mio trattamento, il pagamento, la partecipazione a un piano sanitario o l'idoneità ai sussidi non dipenderanno dalla mia autorizzazione alla presente divulgazione. Comprendo tuttavia che, qualora non firmassi questo consenso, in alcune circostanze il trattamento mi potrà essere negato.

5. Nome e indirizzo dell'operatore o della struttura autorizzati a divulgare queste informazioni:		
6. Nome e indirizzo della/e persona/e destinataria/e della divulgazione di queste informazioni:		
7. Scopo della divulgazione delle informazioni:		
8. Tranne se precedentemente da me revocate, le informazioni specifiche sotto potranno essere divulgate da _____ fino a _____ <small>INSERIRE DATA DI INIZIO</small> <small>INSERIRE EVENTO O DATA DI SCADENZA</small>		
<input type="checkbox"/> Tutte le informazioni sanitarie (scritte e orali) tranne: _____		
<b>Perché vengano incluse, indicare le informazioni specifiche da divulgare e apporre le iniziali.</b>	<input type="checkbox"/> Cartelle di trattamenti per abuso di alcol/stupefacenti	
	<input type="checkbox"/> Cartelle cliniche di trattamenti per disturbi mentali*	
	<input type="checkbox"/> Informazioni collegate all'HIV/AIDS	
	9. Se non è il paziente, specificare il nome della persona che firma il modulo:	10. Autorità a firmare per conto del paziente:

Tutti i punti di questo modulo sono stati compilati. Le mie domande su questo modulo hanno avuto risposta e mi è stata consegnata una copia del modulo.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PAZIENTE O DEL RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO DALLA LEGGE

\_\_\_\_\_  
DATA

**Dichiarazione/firma del testimone:** sono stato testimone dell'esecuzione di questa autorizzazione e dichiaro che una copia dell'autorizzazione firmata è stata consegnata al paziente e/o al suo rappresentante autorizzato.

\_\_\_\_\_  
NOME E TITOLO DEL RESPONSABILE DELLO STAFF

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
DATA

Questo modulo potrà essere utilizzato al posto di DOH-2557 ed è stato approvato dall'Office of Mental Health e dall'Office of Alcoholism and Substance Abuse Services dello Stato di New York per permettere la divulgazione di informazioni sanitarie. Questo modulo non richiede tuttavia a chi fornisce l'assistenza sanitaria di divulgare informazioni sanitarie. Le informazioni collegate a trattamenti per abuso di alcol/stupefacenti o le informazioni collegate all'HIV riservate divulgate con questo modulo devono essere accompagnate dalle dichiarazioni richieste per quanto concerne il divieto di ri-divulgazione.

\*Nota: le informazioni contenute nelle cartelle cliniche sulla salute mentale possono essere divulgate conformemente a questa autorizzazione alle parti qui specificate che abbiano una necessità dimostrabile delle stesse, a condizione che la divulgazione ragionevolmente non leda il paziente o un'altra persona.