

Patient Name:	Date of Birth:	Social Security Number (Last four digits):
Address:	Client ID Number(CIN):	Disability ID Number(DIN):

Io sottoscritto, o il mio rappresentante autorizzato, chiedo che le informazioni sanitarie relative alle cure e ai trattamenti a cui sono sottoposto vengano divulgate secondo quanto stabilito nel presente modulo. In conformità con la New York State Law (legge dello Stato di New York) e le norme sulla privacy definite nella Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA (Legge sulla responsabilità e trasferibilità in materia di copertura assicurativa del 1996), dichiaro di comprendere che:

1. La presente autorizzazione potrà includere la divulgazione di informazioni relative ad abuso di alcolici e farmaci, trattamenti di igiene mentale, escluse note di psicoterapia e informazioni riservate sul trattamento per l'HIV, a meno che io non spunti le caselle appropriate alla sezione 9(c). Nel caso in cui le informazioni sanitarie descritte di seguito, alla sezione 9(a), includano questo tipo di informazioni e io abbia apposto le mie iniziali sulla riga corrispondente alla casella della sezione 9(a), autorizzo specificamente la divulgazione di tali informazioni alla persona o alle persone indicate alla sezione 8.
2. Qualora autorizzi la divulgazione di informazioni sul trattamento per l'HIV, l'abuso di alcolici o farmaci o su trattamenti di igiene mentale, il destinatario è tenuto a non divulgare nuovamente tali informazioni in assenza di autorizzazione da parte mia, salvo i casi in cui ciò sia consentito dalla legge federale o dello stato. Riconosco di avere il diritto di richiedere un elenco delle persone che possono ricevere o utilizzare le informazioni sul trattamento per l'HIV senza autorizzazione. In caso di discriminazione nei miei confronti a seguito della comunicazione o divulgazione di informazioni relative a HIV/AIDS, posso contattare la New York State Division of Human Rights al numero (888) 392-3644 o TDD/TTY (718) 741-8300
3. Potrò revocare in qualunque momento la presente autorizzazione scrivendo al fornitore di servizi di assistenza sanitaria indicato alla sezione 7. Sono consapevole di avere la facoltà di revocare la presente autorizzazione, ma non di annullare le azioni già adottate sulla base di questa autorizzazione. Se non precedentemente revocata, questa autorizzazione scadrà al completamento di questo accertamento/valutazione o a un anno dalla data di firma di questo modulo, a seconda di quale si verifichi per primo.
4. Riconosco che la firma di tale autorizzazione è volontaria. Sono consapevole che la State Disability Review Unit richiede il completamento di questo modulo al fine di raccogliere le informazioni sanitarie necessarie per l'accertamento di invalidità. Sono consapevole che senza questa autorizzazione, la mia idoneità per le prestazioni Medicaid potrebbe essere revocata.
5. Le informazioni divulgate in base alla presente autorizzazione potranno essere nuovamente divulgate dal Department of Health (Dipartimento per la salute) (fatto salvo quanto riportato al punto 2). La nuova divulgazione potrebbe non ricadere sotto la tutela della legge federale o dello stato.
6. La presente autorizzazione non consente la discussione delle informazioni sanitarie o dei trattamenti clinici che mi riguardano con soggetti diversi dal rappresentante legale o dall'agenzia statale indicati alla sezione 9(b).

7. Nome e indirizzo del fornitore di servizi o dell'ente di assistenza sanitaria autorizzato alla divulgazione di queste informazioni:

8. Nome e indirizzo delle persone o dell'agenzia a cui verranno inviate queste informazioni:

State Disability Review Unit OCP-826, State of New York, Department of Health, Albany, NY 12237

9(a). Informazioni specifiche da divulgare:

- Cartelle cliniche da _____ (data) a _____ (data).
- Cartella clinica completa con anamnesi del paziente, note di ufficio (tranne note di psicoterapia), risultati di test, studi radiologici, pellicole, consulenze, consulti, dati di fatturazione, dati di assicurazione e dati inviati da altri fornitori di servizi di assistenza sanitaria.
- Altro: _____

9(b). Autorizzazione a discutere informazioni sanitarie:

Apponendo le iniziali qui _____ autorizzo _____
(NOME DI UNA PERSONA/FORNITORE DI ASSISTENZA SANITARIA)

a discutere le mie informazioni sanitarie con la **State Disability Review Unit**.

9(c). Non acconsento alla divulgazione di (selezioni una o più caselle): Trattamento per alcolici/farmaci Informazioni sulla salute mentale Informazioni relative a HIV/AIDS

10. Motivo della comunicazione delle informazioni: Su richiesta della persona Altro: _____

11. Scopo dell'uso/della divulgazione: **Accertamento e valutazione dell'invalidità**

12. Nome del firmatario del modulo, se diverso dal(la) paziente (stampatello):

13. Tipo di autorità per la firma per conto del paziente:

Tutte le sezioni del presente modulo sono state completate e ho ricevuto risposte alle mie domande sul modulo.

Autorizzo la struttura/persona indicata su questa pagina a divulgare le informazioni mediche della persona indicata alla New York State Department of Health Disability Review Unit.

FIRMA DEL PAZIENTE O RAPPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZZATO

DATA

L'Autorizzazione alla divulgazione di informazioni sanitarie e informazioni riservate relative a HIV/AIDS" consente ai suoi fornitori di assistenza sanitaria (ospedali, dottori, terapeuti ecc.) di inviare copie delle sue cartelle cliniche allo staff della State Disability Review Unit. Tali cartelle cliniche aiuteranno lo staff a determinare se lei sia invalido. Dovrà compilare e inviare un modulo per ciascun fornitore di assistenza sanitaria che dovrà inviargli le sue cartelle cliniche.

La casella in cima al modulo verrà compilata. Se le informazioni sono errate, può barrare le parti errate e aggiungere le informazioni corrette.

La preghiamo di leggere le informazioni ai punti 1-6 sotto la casella superiore prima di proseguire con la compilazione del modulo. Questi paragrafi contengono indicazioni sul tipo di informazioni mediche che lei può scegliere per l'invio da parte dei suoi fornitori di assistenza sanitaria, i suoi diritti all'autorizzazione della divulgazione delle sue cartelle cliniche, le modalità di revoca dell'autorizzazione, e le persone con accesso alle sue informazioni mediche.

- 7) Indichi il nome e l'indirizzo del fornitore di assistenza sanitaria che invierà le sue cartelle cliniche allo staff della State Disability Review Unit.
Compili un modulo per ciascun fornitore di assistenza sanitaria.

- 8) Informa il fornitore di assistenza sanitaria sui destinatari delle cartelle cliniche. Questa casella sarà già compilata con le informazioni in possesso dello staff della State Disability Review Unit.

- 9a) • Se desidera che il suo fornitore di assistenza sanitaria invii le sue cartelle cliniche solo per un determinato periodo di tempo, selezioni la prima casella e inserisca le date per il periodo desiderato. Ai fini dell'accertamento di invalidità, sono richieste cartelle cliniche per almeno 12 mesi per il periodo di tempo relativamente al quale sarà accertata l'invalidità.

• Se desidera che il suo fornitore di assistenza sanitaria invii tutte le sue cartelle cliniche, selezioni la seconda casella.

• Se desidera che il suo fornitore di assistenza sanitaria invii qualsiasi altra informazione, selezioni la terza casella (Altro) e indichi le informazioni che il fornitore di assistenza sanitaria dovrà inviargli.

- 9b) Se desidera che il suo fornitore di assistenza sanitaria parli con lo staff della State Disability Review Unit, scriva le sue iniziali e il nome del suo fornitore di assistenza sanitaria sulle righe preposte.

- 9c) Alla sezione 9(c), selezioni le caselle per il tipo di informazioni mediche che il suo fornitore di assistenza non ha il permesso di inviare.

- 10) Selezioni la casella se la persona ha richiesto la divulgazione delle informazioni, o selezioni Altro e indichi il motivo della richiesta.

- 11) Lo scopo di questa richiesta è l'accertamento e la valutazione dell'invalidità.

- 12) Se lei non è il paziente che compila il modulo per la richiesta di cartelle cliniche, scriva il suo nome in stampatello.

- 13) Se è il rappresentante legale del paziente, indichi la relazione che ha con il paziente. Ad esempio, se il paziente è un bambino e lei è il genitore, indichi genitore. Se è il tutore legale del paziente, indichi tutore legale.

Se desidera che il suo fornitore di assistenza sanitaria invii le sue cartelle cliniche, questo modulo deve essere firmato e datato dal paziente o dal rappresentante legale.