

**AUTORIZZAZIONE PER IL RILASCIO DI INFORMAZIONI SANITARIE AI SENSI DELL'HIPAA
[il presente modulo è stato approvato dal Ministero della Sanità dello Stato di New York]**

Nome del paziente	Data di nascita	Numero della Social Security
Indirizzo del paziente		

Io sottoscritto, o il mio rappresentante autorizzato, richiedo che le informazioni sanitarie riguardanti le mie cure e terapie vengano rilasciate secondo quanto stabilito nel presente modulo:

In conformità alla legislazione dello Stato di New York e alla Normativa sulla privacy della Health Insurance Portability and Accountability Act del 1996 (HIPAA, legge sulla responsabilità e sulla portabilità delle assicurazioni sanitarie), sono consapevole di quanto segue:

1. La presente autorizzazione può includere la divulgazione di informazioni riguardanti **TERAPIE SANITARIE MENTALI** e **SULL'ABUSO DI ALCOL E DROGHE**, ad eccezione delle note sulle terapie psicoterapeutiche, e **INFORMAZIONI RISERVATE RIGUARDANTI L'HIV*** soltanto se appongo le mie iniziali nella riga appropriata al Punto 9(a). Nel caso in cui le informazioni sanitarie descritte qui di seguito includano uno qualsiasi di questi tipi di informazioni, e io appongo le iniziali sulla riga nella casella al Punto 9(a), autorizzo specificamente il rilascio di tali informazioni alla persona o alle persone indicate al Punto 8.

2. Se sto autorizzando il rilascio di informazioni sanitarie riguardanti terapie sanitarie mentali, l'HIV o l'abuso di alcol e droghe, a chi riceve tali informazioni è proibita la ridivulgazione di tali informazioni senza la mia autorizzazione, tranne i casi in cui ciò sia permesso ai sensi della legislazione federale o statale. Sono consapevole del fatto che ho il diritto di richiedere un elenco delle persone che potrebbero ricevere o utilizzare le mie informazioni riguardanti l'HIV senza autorizzazione. Nel caso fossi oggetto di discriminazione a causa del rilascio o della divulgazione delle informazioni riguardanti l'HIV, posso contattare la Divisione dei Diritti Umani dello Stato di New York al numero (212) 480-2493 oppure la Commissione dei Diritti Umani di New York City al numero (212) 306-7450. Tali agenzie sono responsabili della protezione dei miei diritti.

3. Ho il diritto di revocare l'autorizzazione in qualsiasi momento mediante lettera scritta al fornitore di cure sanitarie elencato qui di seguito.

Sono consapevole del fatto che posso revocare questa autorizzazione tranne i casi in cui tale azione sia già stata intrapresa in base all'autorizzazione stessa.

4. Sono consapevole del fatto che firmare questa autorizzazione è un'azione volontaria. Le mie terapie, il pagamento, l'iscrizione a un piano sanitario o l'idoneità ai benefici non verranno condizionate dalla mia autorizzazione a questa divulgazione.

5. Le informazioni divulgate ai sensi di questa autorizzazione potrebbero essere ridivulgate da chi le riceve (tranne i casi indicati sopra, al Punto 2) e tale ridivulgazione non potrebbe più essere protetta dalla legislazione federale o statale.

6. LA PRESENTE AUTORIZZAZIONE NON LA AUTORIZZA A DISCUTERE LE MIE INFORMAZIONI SANITARIE O LE MIE CURE MEDICHE CON PERSONE DIVERSE DAL MIO PROCURATORE O DALL'AGENZIA GOVERNATIVA SPECIFICATA AL PUNTO 9 (b).

7. Nome e indirizzo del fornitore di cure sanitarie o dell'entità per il rilascio di queste informazioni:	
8. Nome e indirizzo della persona, persone o categoria di persone a cui queste informazioni verranno inviate:	
9(a). Informazioni specifiche da rilasciare:	
<input type="checkbox"/> La cartella clinica dal giorno (inserire data) _____ al giorno (inserire data) _____ <input type="checkbox"/> La cartella clinica completa - incluso quanto segue: anamnesi del paziente, note ambulatoriali (ad eccezione di quelle psicoterapeutiche), risultati di esami, studi radiologici, pellicole, impegnative, consulti, ricevute di pagamento, ricevute di assicurazioni e altre ricevute - inviata da altri fornitori di cure sanitarie. <input type="checkbox"/> Altro: _____	
	Includere: <i>(Indicare apponendo le iniziali)</i> _____ Terapie contro alcol/droghe _____ Terapie sanitarie mentali _____ Informazioni riguardanti l'HIV
Autorizzazione a discutere le informazioni sanitarie	
(b) <input type="checkbox"/> Apponendo qui _____ le mie iniziali autorizzo _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Iniziali Nome del singolo fornitore di cure sanitarie </div> a discutere le mie informazioni sanitarie con il mio procuratore, oppure con un'agenzia governativa, indicati qui di seguito: _____ (Nome del procuratore/dello studio legale oppure Nome dell'agenzia governativa)	
10. Motivo per il rilascio di informazioni: <input type="checkbox"/> Su richiesta del singolo <input type="checkbox"/> Altro: _____	11. Data o evento di scadenza della presente autorizzazione: _____
12. Se non fosse il paziente, nome della persona che firma il modulo: _____	13. Autorità a firmare per conto del paziente: _____

Tutti i punti nel presente modulo sono stati compilati e ho ricevuto risposte alle mie domande riguardanti tale modulo. Inoltre, mi è stata fornita una copia del modulo.

Data: _____

Firma del paziente o del rappresentante autorizzato per legge.

*** Il virus dell'immunodeficienza umana che provoca l'AIDS. La Legge sulla sanità pubblica dello Stato di New York protegge le informazioni che potrebbero ragionevolmente identificare una persona che presenti sintomi o infezioni da HIV e le informazioni riguardanti i contatti di tale persona.**