

Questo modulo autorizza la divulgazione delle informazioni sanitarie che la riguardano, incluse quelle collegate all'HIV. Può decidere che vengano divulgate solo le informazioni sanitarie non collegate all'HIV, solo le informazioni collegate all'HIV, oppure entrambe le informazioni. La divulgazione delle sue informazioni può essere tutelata dalla legge federale sulla privacy e dalla legge statale. Per informazioni riservate collegate all'HIV si intende qualsiasi informazione che indichi che una persona si è sottoposta a un test correlato all'HIV, che ha l'infezione da HIV, che ha una malattia collegata all'HIV o l'AIDS o qualsiasi informazione che possa indicare una potenziale esposizione all'HIV di tale persona.

Conformemente alla legge dello Stato di New York, le informazioni collegate all'HIV possono unicamente essere comunicate a persone da lei autorizzate a conoscerle firmando un consenso scritto. Queste informazioni possono anche essere comunicate ai soggetti che seguono: strutture/operatori sanitari che si prendono cura di lei o di suo figlio esposto al virus; ufficiali sanitari ove ciò sia richiesto dalla legge; compagnie assicurative ai fini dell'erogazione dei pagamenti; persone che si occupano di affidamento familiare o di adozione; personale ufficiale di strutture carcerarie, addetti ai detenuti in libertà vigilata e libertà sulla parola; personale sanitario o d'emergenza che possa accidentalmente essere esposto al suo sangue. Le informazioni possono anche essere comunicate conformemente a specifico ordine di tribunale. Conformemente alla legge dello Stato di New York, chiunque divulghi illegalmente informazioni collegate all'HIV è passibile di ammenda fino a 5000 \$ e di carcere fino a 1 anno. In alcuni casi, la ri-divulgazione di informazioni sanitarie e/o collegate all'HIV non è tuttavia tutelata dalla legge federale. Per maggiori informazioni sulla questione della riservatezza in materia di HIV, può chiamare il numero verde dedicato 1-800-962-5065 presso il Ministero della salute dello Stato di New York; per maggiori informazioni in materia di tutela della privacy federale, può chiamare l'Office for Civil Rights al n. 1-800-368-1019. È anche possibile chiamare la Division of Human Rights dello Stato di New York al n. 1-888-392-3644.

Barrando le caselle sotto e firmando questo modulo, le informazioni sanitarie e/o le informazioni collegate all'HIV potranno essere divulgate alle persone elencate a pagina due (e in fogli aggiuntivi, ove necessario) del modulo, per la/e ragione/i specificata/e. Su sua richiesta, la struttura o la persona divulgante le informazioni sanitarie che la riguardano sarà tenuta a fornirle una copia del presente modulo.

Acconsento alla divulgazione di (barrare tutte le caselle corrispondenti):

Le mie informazioni collegate all'HIV

Le mie informazioni sanitarie non collegate all'HIV

Entrambe le informazioni (sanitarie non collegate all'HIV e collegate all'HIV)

Nome e indirizzo della struttura/persona che divulga le informazioni collegate all'HIV:

Nome della persona le cui informazioni saranno divulgate: _____

Nome e indirizzo della persona che firma questo modulo (se diversa da sopra):

Rapporto con la persona le cui informazioni saranno divulgate: _____

Descrivere le informazioni che saranno divulgate: _____

Motivo della divulgazione delle informazioni: _____

Periodo di tempo durante il quale la divulgazione delle informazioni è autorizzata: Da: _____ A: _____

Eccezioni al diritto di revocare il consenso (eventuali):

Descrizione delle eventuali conseguenze del mancato consenso alla divulgazione per quanto concerne i trattamenti sanitari, i pagamenti, la partecipazione o l'idoneità ai sussidi (nota: le norme federali in materia di privacy possono limitare talune conseguenze):

Apponga la sua firma sotto solo se desidera autorizzare tutte le strutture/persone elencate alle pagine 1, 2 (e 3, se utilizzata) di questo modulo a condividere le informazioni tra di loro ai fini dell'erogazione di servizi e cure sanitarie.

Firma _____ Data _____

* Questo modulo di Autorizzazione alla divulgazione di informazioni sanitarie e di informazioni riservate collegate all'HIV rispetta le norme dell'HIPAA. Qualora decidesse di divulgare unicamente informazioni sanitarie non collegate all'HIV, può utilizzare questo modulo oppure un altro modulo di comunicazione sanitaria generale conforme alle norme dell'HIPAA.

Autorizzazione alla divulgazione di informazioni sanitarie e di informazioni riservate collegate all'HIV*

Completare le informazioni per ciascuna struttura/persona alla quale potranno essere divulgate informazioni generali e/o informazioni collegate all'HIV. Aggiungere altri fogli se necessario. Si raccomanda di barrare le righe vuote prima di apporre la firma.

Nome e indirizzo della struttura/persona alla quale potranno essere divulgate informazioni sanitarie generali e/o informazioni collegate all'HIV:

Motivo della divulgazione, se diverso da quanto indicato a pagina 1:

Se le informazioni da divulgare a questa struttura/persona sono limitate, si prega di specificarlo:

Nome e indirizzo della struttura/persona alla quale potranno essere divulgate informazioni sanitarie generali e/o informazioni collegate all'HIV:

Motivo della divulgazione, se diverso da quanto indicato a pagina 1:

Se le informazioni da divulgare a questa struttura/persona sono limitate, si prega di specificarlo:

La legge la tutela da discriminazioni correlate all'HIV per quanto riguarda l'abitazione, il lavoro, l'assistenza sanitaria e altri servizi. Per maggiori informazioni, può contattare la Commission on Human Rights della Città di New York al n. (212) 306-7500 oppure la Division of Human Rights dello Stato di New York al n. 1-888-392-3644.

Le mie domande relative a questo modulo hanno ricevuto delle risposte. So di non essere tenuto a consentire la divulgazione delle informazioni sanitarie e/o delle informazioni collegate all'HIV che mi riguardano, di poter cambiare idea in qualsiasi momento e di poter revocare la mia autorizzazione scrivendo alla struttura/persona destinataria della presente divulgazione. Autorizzo la struttura/persona indicata a pagina uno a divulgare le informazioni sanitarie e/o collegate all'HIV della persona indicata a pagina uno alle organizzazioni/persone specificate.

Firma _____ Data _____
(SOGGETTO DELLE INFORMAZIONI O RAPPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZZATO)

In caso di rappresentante legale, indicare il rapporto con il soggetto:

Nome in stampatello _____

Numero cliente/paziente _____

* Questo modulo di Autorizzazione alla divulgazione di informazioni sanitarie e di informazioni riservate collegate all'HIV rispetta le norme dell'HIPAA. Qualora decidesse di divulgare unicamente informazioni sanitarie non collegate all'HIV, può utilizzare questo modulo oppure un altro modulo di comunicazione sanitaria generale conforme alle norme dell'HIPAA.

Autorizzazione alla divulgazione di informazioni sanitarie e di informazioni riservate collegate all'HIV*

Completare le informazioni per ciascuna struttura/persona alla quale potranno essere divulgate informazioni generali e/o informazioni collegate all'HIV. Aggiungere altri fogli se necessario. Si raccomanda di barrare le righe vuote prima di apporre la firma.

Nome e indirizzo della struttura/persona alla quale potranno essere divulgate informazioni sanitarie generali e/o informazioni collegate all'HIV:

Motivo della divulgazione, se diverso da quanto indicato a pagina 1:

Se le informazioni da divulgare a questa struttura/persona sono limitate, si prega di specificarlo:

Nome e indirizzo della struttura/persona alla quale potranno essere divulgate informazioni sanitarie generali e/o informazioni collegate all'HIV:

Motivo della divulgazione, se diverso da quanto indicato a pagina 1:

Se le informazioni da divulgare a questa struttura/persona sono limitate, si prega di specificarlo:

Nome e indirizzo della struttura/persona alla quale potranno essere divulgate informazioni sanitarie generali e/o informazioni collegate all'HIV:

Motivo della divulgazione, se diverso da quanto indicato a pagina 1:

Se le informazioni da divulgare a questa struttura/persona sono limitate, si prega di specificarlo:

Se questa pagina è stata compilata per intero/in parte, apponga la sua firma sotto:

Firma _____ Data _____
(SOGGETTO DELLE INFORMAZIONI O RAPPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZZATO)

Cliente/Paziente numero _____

* Questo modulo di Autorizzazione alla divulgazione di informazioni sanitarie e di informazioni riservate collegate all'HIV rispetta le norme dell'HIPAA. Qualora decidesse di divulgare unicamente informazioni sanitarie non collegate all'HIV, può utilizzare questo modulo oppure un altro modulo di comunicazione sanitaria generale conforme alle norme dell'HIPAA.