

Dipartimento della Sanità dello Stato di New York

**Autorizzazione per accedere alle informazioni del paziente  
tramite un'organizzazione di scambio di informazioni****sanitarie**

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

Chiedo che l'accesso alle informazioni sanitarie relative alle mie cure e trattamento avvenga come indicato in questo modulo. Posso decidere di consentire o negare a [Name of Provider Organization] (inclusi i loro agenti) di accedere alle mie cartelle cliniche tramite l'organizzazione di scambio di informazioni sanitarie chiamata Healthix. Se do il consenso, è possibile accedere alle mie cartelle cliniche da strutture diverse in cui ricevo assistenza sanitaria utilizzando una rete informatica a livello nazionale. Healthix è un'organizzazione senza scopo di lucro che condivide elettronicamente informazioni sulla salute delle persone e soddisfa gli standard di privacy e sicurezza della Legge legge sulla portabilità e responsabilità delle polizze di assicurazione sanitaria (HIPAA) e della Legge dello Stato di New York. Per maggiori informazioni consultare il sito web Healthix a [www.healthix.org](http://www.healthix.org).

È possibile accedere alle mie informazioni in caso di emergenza, eccettuato il caso in cui io completi questo modulo e contrassegni la casella 3, che indica il mio diniego al consenso *anche* in caso di emergenza medica.

**La scelta che faccio su questo modulo NON pregiudica la mia capacità di ricevere assistenza medica. La scelta che faccio su questo modulo NON consente agli assicuratori sanitari di accedere alle mie informazioni allo scopo di decidere se fornirmi copertura assicurativa o pagare le mie spese mediche.**

**La mia scelta di consenso.** Si deve contrassegnare UNA sola casella sulla sinistra dell'opzione.

Questo modulo si può compilare adesso o successivamente.

La decisione può essere modificata in qualsiasi momento compilando un altro modulo.

**1. DO IL CONSENSO** a [Name of Provider Organization] di accedere a TUTTE le mie informazioni sanitarie elettroniche tramite Healthix per fornire servizi di assistenza sanitaria (compreso assistenza in caso di emergenza).

**2. NEGO IL CONSENSO TRANNE CHE IN CASO DI EMERGENZA MEDICA** a [Name of Provider Organization] di accedere alle mie informazioni sanitarie elettroniche tramite Healthix.

**3. NEGO IL CONSENSO** a [Name of Provider Organization] di accedere alle mie informazioni sanitarie elettroniche tramite Healthix a qualsiasi scopo, *anche in caso di emergenza medica*.

Se desidero negare il consenso a tutte le organizzazioni fornitrici e piani sanitari partecipanti ad Healthix di accedere alle mie informazioni sanitarie elettroniche tramite Healthix, posso farlo visitando il sito web di Healthix a [www.healthix.org](http://www.healthix.org) o chiamando Healthix all'877-695-4749.

Le mie domande su questo modulo hanno avuto risposta e mi è stata data una copia di questo modulo.

Firma del paziente o del rappresentante legale del paziente	Data
Nome a stampatello del rappresentante legale (se del caso)	Rapporto del rappresentante legale con il paziente (se del caso)

**Dettagli sull'accesso alle informazioni tramite Healthix e del processo di consenso:**

1. **Come possono essere utilizzate le Sue informazioni.** Le Sue informazioni elettroniche saranno utilizzate **solo** per i seguenti servizi di assistenza sanitaria:
  - **Servizi relativi a trattamento medico.** Le forniscono il trattamento medico e i servizi associati.
  - **Verifica di eleggibilità assicurativa.** Accerta se Lei sia in possesso di un'assicurazione medica e l'ambito di copertura della stessa.
  - **Attività di gestione delle cure.** Queste comprendono l'assistenza a Lei offerta nell'ottenere le cure mediche adeguate, il miglioramento della qualità dei servizi a Lei forniti, la coordinazione della fornitura di svariati servizi di assistenza sanitaria a Lei forniti o il supporto nel seguire un piano di assistenza medica.
  - **Attività di miglioramento qualitativo.** Valutano e migliorano la qualità dell'assistenza medica fornita a Lei e a tutti i pazienti.
  
2. **Quali tipi di informazioni che La riguardano saranno inclusi.** Se Lei dà il Suo consenso, l'organizzazione fornitrice (o le organizzazioni) elencata può accedere a TUTTE le Sue informazioni sanitarie elettroniche disponibili tramite Healthix. Ciò comprende le informazioni create prima e dopo la data della firma su questo modulo. Le Sue cartelle cliniche possono comprendere trascorsi di malattie o lesioni da Lei subite (come il diabete o un osso fratturato), gli esiti degli esami effettuati (come radiografie o esami del sangue) e l'elenco dei farmaci che ha assunto. Queste informazioni possono comprendere condizioni sanitarie sensibili, compreso ma non in via limitativa:
  - Problemi di abuso di alcol o droghe e diagnosi
  - Utilizzo di anticoncezionali e casi di aborto (pianificazione familiare)
  - Esami o malattie genetiche (ereditate)
  - HIV/AIDS
  - Disturbi mentali
  - Malattie a trasmissione sessuale
  - Farmaci e dosaggi
  - Informazioni diagnostiche
  - Allergie
  - Riassunto della storia clinica di uso di sostanze
  - Note cliniche
  - Riassunto di dimissioni ospedaliere
  - Informazioni sull'occupazione
  - Condizioni di vita
  - Sostegni sociali
  - Dati sui sinistri
  - Test di laboratorio
  
3. **Da dove provengono le Sue informazioni sanitarie.** Le Sue informazioni provengono da strutture che Le hanno fornito assistenza medica o assicurazione sanitaria. Queste possono comprendere ospedali, studi medici, farmacie, laboratori chimici, compagnie assicurative sanitarie, il programma Medicaid e altre organizzazioni che scambiano elettronicamente informazioni sanitarie. Un elenco completo e aggiornato è disponibile presso Healthix. È possibile ottenere un elenco aggiornato in qualsiasi momento verificando il sito web di Healthix a [www.healthix.org](http://www.healthix.org) o chiamando l'877-695-4749.
  
4. **Chi può accedere alle Sue informazioni nel caso in cui Lei dia il consenso.** Solo i medici e altro personale dell'organizzazione (o organizzazioni) per i quali Lei ha dato il consenso ad accedere e che eseguono attività permesse da questo modulo come descritto in precedenza nel paragrafo uno.
  
5. **Accesso all'organizzazione di reperimento di organi e sanitaria pubblica.** Le agenzie sanitarie pubbliche federali, statali o locali e certe organizzazioni di reperimento di organi sono autorizzate per legge ad accedere ad informazioni sanitarie senza consenso del paziente per determinati scopi di trapianto di organi e sanità pubblica. Questi enti possono accedere alle Sue informazioni tramite Healthix a questi scopi a prescindere dal Suo consenso, Suo diniego o mancata compilazione del modulo di consenso.
  
6. **Penali in caso di accesso o utilizzo improprio delle Sue informazioni.** Vi sono penali per l'accesso o l'utilizzo improprio delle Sue informazioni sanitarie elettroniche. Se in qualsiasi momento, dovesse sospettare che qualcuno che non dovrebbe visionare o accedere alle Sue informazioni lo ha fatto, chiami l'organizzazione fornitrice a: \_\_\_\_\_; o visiti il sito web di Healthix: [www.healthix.org](http://www.healthix.org); o chiami il Dipartimento della Sanità dello Stato di New York al 518-474-4987; o presenti un reclamo all'Ufficio per i Diritti Civili federale al seguente link: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
  
7. **Ri-divulgazione di informazioni.** Qualsiasi organizzazione a cui Lei dia il consenso per accedere alle Sue informazioni sanitarie può ri-divulgare le Sue informazioni sanitarie ma solo nell'ambito consentito dalle leggi e dai regolamenti statali e federali. Alle informazioni associate ad alcol e droghe o associate ad HIV riservate è possibile accedere e ri-divulgarle solo se accompagnate dalle dichiarazioni necessarie riguardo alla proibizione della ri-divulgazione.
  
8. **Periodo di validità.** Questo modulo di consenso resterà in vigore sino al giorno in cui Lei ritira il consenso, la morte o sino a quando Healthix non cessa l'attività. Se Healthix si fonde con un altro Ente Qualificato il Suo consenso resterà in vigore con il nuovo ente fuso.
  
9. **Modifica della Sua scelta di consenso.** Può modificare la Sua scelta di consenso in qualsiasi momento e per qualsiasi organizzazione fornitrice o piano sanitario presentando un nuovo modulo di consenso con la Sua nuova scelta. Le organizzazioni che accedono alle Sue informazioni sanitarie tramite Healthix mentre il Suo consenso è in vigore possono copiare o includere le Sue informazioni nelle loro cartelle cliniche. Anche se successivamente decide di modificare la Sua scelta di consenso essi non sono tenuti a restituire le informazioni e a rimuoverle dalle loro cartelle.
  
10. **Copia del modulo.** Ha diritto a ricevere una copia di questo modulo di consenso.