



N. di pratica WCB (se noto): _____

Per il/la richiedente: se ha ricevuto un trattamento per un infortunio *precedente* alla stessa parte del corpo o per una malattia simile a quella descritta nella sua attuale richiesta, compili questo modulo. Il modulo consente ai fornitori di assistenza sanitaria da lei indicati a seguire di divulgare le informazioni sanitarie sul suo infortunio / sulla sua malattia precedente alla compagnia assicurativa responsabile degli indennizzi per il suo datore di lavoro. La normativa HIPAA federale (Normativa sulla portabilità e responsabilità delle polizze di assicurazione sanitaria del 1996) afferma che lei ha il diritto di ottenere una copia di questo modulo. Se non comprende il modulo, parli con il suo rappresentante legale. Se non dispone di un rappresentante legale, il Difensore dei lavoratori infortunati presso la Workers' Compensation Board può aiutarla. Chiami il numero: 800-580-6665.

Per il fornitore di assistenza sanitaria: Una **copia** della presente liberatoria conforme all'HIPAA le consente di divulgare le informazioni sanitarie. Se invia le cartelle cliniche alla compagnia assicurativa responsabile degli indennizzi per il datore di lavoro in risposta alla presente liberatoria, ne spedisca una copia anche al rappresentante legale del/la richiedente. (Se a seguire non è indicato alcun rappresentante legale, invii le copie al/la richiedente.) I fornitori di assistenza sanitaria che trasmettono le cartelle devono rispettare la Normativa dello Stato di New York e l'HIPAA.

La presente liberatoria è:

- **Volontaria.** Il suo fornitore (o fornitori) di assistenza sanitaria deve offrirle la stessa assistenza, gli stessi termini di pagamento e le stesse prestazioni, a prescindere che lei sottoscriva il presente modulo o meno.
- **Parziale.** Concede al suo fornitore (o fornitori) di assistenza sanitaria il permesso di divulgare soltanto le cartelle cliniche correlate alla malattia / condizione precedente da lei descritta di seguito.
- **Temporanea.** Termina quando viene stabilita o respinta la sua attuale richiesta di indennità, e tutte le possibilità di ricorso esaurite.
- **Revocabile.** Può annullare questa liberatoria in qualsiasi momento. Per annullarla, invii una comunicazione al fornitore (o fornitori) di assistenza sanitaria indicato in questo modulo. Inoltre, invii una copia della sua comunicazione alla compagnia assicurativa responsabile degli indennizzi per il suo datore di lavoro e alla Workers' Compensation Board. *Nota: non può annullare la presente liberatoria in riferimento a cartelle cliniche già fornite.*
- **Solo per cartelle cliniche.** Concede al fornitore (o fornitori) di assistenza sanitaria indicato in questo modulo il permesso di inviare copie delle sue cartelle cliniche alla compagnia assicurativa responsabile degli indennizzi per il suo datore di lavoro.

Il presente modulo NON consente al suo fornitore (o fornitori) di assistenza sanitaria di divulgare i seguenti tipi di informazioni:

- **Informazioni correlate all'HIV**
- **Appunti relativi alla psicoterapia**
- **Trattamento dell'alcolismo/della tossicodipendenza**
- **Trattamento di salute mentale** (salvo selezioni la relativa casella di seguito)
- **Informazioni verbali** (i suoi fornitori di assistenza sanitaria non possono discutere delle sue informazioni sanitarie con nessuno)

Qualsiasi cartella medica divulgata entrerà a far parte del suo fascicolo relativo all'indennità per infortuni sul lavoro e sarà riservata ai sensi della Normativa in materia di infortuni sul lavoro.

A. LE SUE INFORMAZIONI (richiedente)

1. Nome: _____
2. Numero di previdenza sociale: _____ - _____ - _____
3. Indirizzo postale: _____
4. Data di nascita: _____ / _____ / _____
5. Data dell'attuale infortunio/malattia: _____ / _____ / _____
6. Attuale infortunio/malattia, incluse tutte le parti del corpo lesionate: _____
7. Nome e indirizzo del suo rappresentante legale (se presente): _____

☐ *Selezioni questa casella se consente al suo fornitore (o fornitori) di assistenza sanitaria di divulgare **informazioni sull'assistenza di salute mentale**.*

B. I SUOI FORNITORI DI ASSISTENZA SANITARIA (Indichi tutti i fornitori di assistenza sanitaria che l'hanno trattata per un infortunio *precedente* alla stessa parte del corpo o per una malattia simile. Se si tratta di più di 2 fornitori, alleggi le loro informazioni di contatto al presente modulo.)

1. Fornitore: _____
2. Numero di telefono: () _____
3. Indirizzo postale: _____
4. Altro fornitore (se presente): _____
5. Numero di telefono: () _____
6. Indirizzo postale: _____

C. LEGGERE E FIRMARE DI SEGUITO. Con la presente richiedo che il fornitore (o fornitori) di assistenza sanitaria indicato in precedenza invii alla compagnia assicurativa responsabile degli indennizzi per il mio datore di lavoro le copie di tutte le mie cartelle cliniche correlate a qualsiasi infortunio/malattia, a tutte le parti del corpo, descritto/a in precedenza.

Firma del/la richiedente (usare soltanto penne, possibilmente di colore blu.)

Data

Se il/la richiedente non è in grado di firmare, la persona che firma in sua vece deve compilare e firmare di seguito:

Il suo nome

Rapporto esistente
con il/la richiedente

Firma (usare soltanto penne, possibilmente di colore blu.)

Data