

AUTORIZZAZIONE HIPAA DEL WTC

Autorizzazione ai sensi della Normativa sulla portabilità e responsabilità delle polizze di assicurazione sanitaria per i volontari del World Trade Center

Nome del/della paziente (utilizzare soltanto penne, possibilmente biro) _____ Data di nascita (MM/GG/AAAA) _____ Numero di previdenza sociale _____

Indirizzo postale _____ Città _____ Stato _____ Cod. postale _____

Il presente modulo di autorizzazione consente alla Workers' Compensation Board e alla World Trade Center Health Organization di ricevere copie delle cartelle cliniche contenenti le sue informazioni sanitarie protette allo scopo di coordinare le prestazioni erogate a lei, il/la volontario/a del World Trade Center (WTC). Il presente modulo non consente ai suoi fornitori di assistenza sanitaria di discutere delle sue informazioni sanitarie con nessuno.

La presente autorizzazione è volontaria. Il suo fornitore 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. Ha diritto a una copia di questa autorizzazione.

La presente autorizzazione scade dopo il completamento della coordinazione delle prestazioni erogate a lei, il/la volontario/a del WTC.

Ha il diritto di revocare la presente autorizzazione per iscritto in qualsiasi momento, ma la revoca potrebbe non essere valida se la persona o l'entità autorizzata ha già agito in virtù dell'autorizzazione stessa. Per revocare la presente autorizzazione, invii una comunicazione ai fornitori di assistenza sanitaria indicati in questo modulo. Inoltre, invii una copia di questa comunicazione alla Workers' Compensation Board.

Le informazioni divulgate potrebbero essere soggette a ridivulgazione da parte di coloro che le ricevono (a eccezione delle informazioni sottostanti relative al trattamento dell'alcolismo/della tossicodipendenza, HIV/AIDS, trattamento di salute mentale e appunti relativi alla psicoterapia), e non saranno più protette dalla Norma sulla privacy dell'HIPAA (HIPAA Privacy Rule).

Il presente modulo di autorizzazione non consente di trasmettere informazioni in merito al trattamento dell'alcolismo/della tossicodipendenza, HIV/AIDS, trattamento di salute mentale e appunti relativi alla psicoterapia, salvo da lei indicato diversamente di seguito. Spunti quali informazioni possono essere trasmesse:

- ☐ Trattamento dell'alcolismo/della tossicodipendenza ☐ HIV/AIDS ☐ Trattamento di salute mentale
☐ Appunti relativi alla psicoterapia

I fornitori di assistenza sanitaria che trasmettono cartelle cliniche devono rispettare la Normativa dello Stato di New York e l'HIPAA. Una copia della presente autorizzazione conforme all'HIPAA consente al suo fornitore di divulgare le cartelle contenenti le informazioni sanitarie personali correlate alla sua condizione attuale, che rappresenta l'oggetto della sua richiesta di prestazioni in qualità di volontario/a del World Trade Center.

Nome del fornitore di assistenza sanitaria _____

Numero di telefono _____

Indirizzo postale _____ Città _____ Stato _____ Cod. postale _____

Nome dell'altro fornitore di assistenza sanitaria (se presente) _____

Numero di telefono _____

Indirizzo postale _____ Città _____ Stato _____ Cod. postale _____

Con la presente autorizzo i fornitori di assistenza sanitaria elencati di seguito a trasmettere copie delle mie cartelle cliniche (esclusivamente) alla Workers' Compensation Board, alla World Trade Center Health Organization e al September 11th Victim Compensation Fund allo scopo di coordinare le prestazioni per me.

Firma del/della paziente _____

Data (MM/GG/AAAA) _____

Nome in stampatello _____

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

Nome _____ Firma _____ Relazione rispetto al/alla paziente _____ Data (MM/GG/AAAA) _____