

CONSENSO ALLA COMUNICAZIONE DELLE INFORMAZIONI

Questo modulo dev'essere rivisto e firmato dal paziente (se minore) o dal suo rappresentante personale. Se il paziente ha meno di 18 anni, spetta al genitore (o al tutore) rivedere e firmare il modulo. Il presente modulo consente l'utilizzo e la comunicazione di informazioni sanitarie, relative al trattamento di abuso da sostanze e di salute mentale a fini di pianificazione, coordinamento delle cure e fornitura di servizi per il minore che viene indirizzato a servizi intensivi di salute mentale. Per utilizzare o comunicare informazioni riservate relative all'HIV è necessario un modulo a parte.

Persona le cui informazioni possono essere utilizzate o condivise:

Nome del minore: _____ Data di nascita: _____

(Nel presente documento si farà riferimento a "mio figlio" o "suo figlio")

PARTE 1: Consenso richiesto per la comunicazione delle informazioni

A. Descrizione delle informazioni che possono essere utilizzate o condivise:

Le informazioni relative a suo figlio che potranno essere utilizzate o condivise sono: la domanda di iscrizione al Punto d'accesso unico per minori (Children's Single Point of Access, CSPOA), le valutazioni didattiche, mediche, relative al trattamento da abuso di sostanze e di salute mentale, tra cui: valutazioni psichiatriche e psicologiche, valutazioni psicosociali, relazioni di dimissioni, tutti i dati clinici rilevanti e altro: _____ .

Con il presente autorizzo la fonte di segnalazione di mio figlio a condividere la domanda di iscrizione al CSPOA e tutte le informazioni riservate (comprese quelle relative alla salute mentale di mio figlio, la valutazione psichiatrica e psicosociale, le informazioni sul trattamento dell'abuso di sostanze e le informazioni mediche) al Dipartimento di salute e igiene mentale della Città di New York (il Dipartimento della salute) tramite il programma CSPOA della Città di New York (NYC). Con il presente autorizzo il CSPOA del Dipartimento della salute ad utilizzare e condividere dette informazioni al fine di determinare l'idoneità e le attività di coordinamento delle cure relative a mio figlio.

B. Finalità o necessità delle informazioni: Suo figlio è stato segnalato per ricevere servizi intensivi di salute mentale. Il CSPOA determina l'idoneità e le attività di coordinamento delle cure per minori che necessitano di servizi intensivi di salute mentale. Uno specialista del CSPOA deve esaminare le informazioni contenute nella domanda e le altre informazioni di cui sopra, in modo da poter fornire a suo figlio i servizi idonei.

C. Ha autorizzato il CSPOA a comunicare le informazioni relative a suo figlio alle seguenti persone, organizzazioni, strutture o programmi e ad utilizzare tali informazioni ai fini di seguito indicati:

Per determinare l'idoneità e le attività di coordinamento delle cure di suo figlio, lo specialista CSPOA:

- contatterà lei, oltre alla fonte di segnalazione, compresa la persona che ha completato le valutazioni, per discutere del trattamento idoneo per suo figlio; e
- comunicherà le informazioni di cui sopra ad una serie di agenzie e organizzazioni che hanno stipulato un contratto con l'Ufficio di salute mentale dello Stato di New York, il Dipartimento della salute di NYC, il Dipartimento della salute dello Stato o con il programma Health Homes Servicing Children (compreso Health Home Care Management) per formulare raccomandazioni circa il programma idoneo per l'eventuale iscrizione ai servizi di salute mentale intensivi. Le agenzie e le organizzazioni che possono ricevere le informazioni relative a suo figlio sono: agenzie di gestione assistenziale, operatori Non-Medicaid Care Coordination, responsabili Health Home Care Management. Deve inoltre sapere che le segnalazioni possono essere discusse e fornite alle seguenti agenzie o programmi: Ufficio delle persone con disabilità dello sviluppo, Family Resource Center, Intensive Crisis Stabilization and Treatment, Home-Based Crisis Intervention, Functional Family Therapy (FFT), l'Ufficio per i

Punto d'accesso unico per minori

servizi all'infanzia e alle famiglie dello Stato di New York, il Dipartimento dei servizi sociali locale e la Pre-Admission Certified Committee; e

- consultare il Medicaid Analytics Performance Portal (MAPP) per determinare l'iscrizione di suo figlio a un programma.

D. I miei diritti: Prendo atto che:

1. In base al presente consenso possono essere utilizzate e divulgate solo queste informazioni.
2. Si tratta di informazioni riservate che pertanto non possono essere legalmente divulgate senza il mio permesso.
3. Se queste informazioni venissero divulgate a qualcuno che non è tenuto a rispettare le norme federali sulla tutela della privacy, potrebbero essere nuovamente divulgate e non sarebbero più protette.
4. Ho il diritto di revocare (ritirare) il presente consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso deve essere effettuata per iscritto sul modulo fornitomi dal CSPOA di NYC. Sono consapevole che la revoca del consenso non troverà applicazione nel caso in cui le persone che ho autorizzato a utilizzare e divulgare le informazioni sanitarie relative a mio figlio abbiano già agito sulla base del mio precedente consenso. Dovrò comunicare per iscritto la revoca del consenso al CSPOA di NYC al seguente indirizzo:

NYC Children's Single Point of Access
New York City Department of Health and Mental Hygiene
Bureau of Children, Youth and Families
42-09 28th St.
Long Island City, NY 11101

5. Non sono obbligato a firmare questo consenso e che il mio rifiuto di firmare non avrà effetti sulle capacità mie o su quelle di mio figlio di ottenere servizi dall'Ufficio di salute mentale dello Stato di New York, compresi: Community Residence, Health Home Care Management e Non-Medicaid Care Coordination; né avrà effetti sull'idoneità mia o di mio figlio a ricevere prestazioni.
6. Ho il diritto di rivedere e copiare le informazioni sulla salute di mio figlio che verranno utilizzate e divulgate in base ai requisiti delle norme federali sulla tutela della privacy di cui a 45 CFR§164.524.
7. Prendo atto che il presente consenso non sarà più valido quando mio figlio non riceverà più uno dei servizi intensivi di salute mentale.

- ### **E. Utilizzo e comunicazione periodici:** Con il presente autorizzo l'utilizzo e la comunicazione periodici delle informazioni di cui sopra alla persona, all'organizzazione, alla struttura o al programma sopra indicati, nella misura in cui ciò sia necessario ai fini sopra indicati.

PARTE 2: Firma

Firma del paziente: Dichiaro di autorizzare l'utilizzo delle informazioni mediche e relative alla salute mentale di mio figlio secondo quanto riportato nel presente documento.

Firma del paziente (o del rappresentante legale)

Data

Nome del paziente (in stampatello)

Se firmato da un rappresentante, nome del rappresentante (o di un genitore o tutore) (in stampatello)

Se firmato da un rappresentante, indicare l'autorità in base al quale il rappresentante firma per conto del paziente (indicare, ad esempio, "genitore" nel caso in cui il rappresentante sia uno dei genitori del paziente minore)

F. Dichiarazione e firma del testimone: Ho assistito in qualità di testimone alla stesura del presente consenso e dichiaro che una copia del consenso firmato è stata consegnata al paziente o al suo rappresentante personale.

IL TESTIMONE:

Nome e qualifica dell'operatore

Consenso rilasciato a:

Nome del paziente

Data:

Da compilare a cura della struttura:

Firma dell'operatore autorizzato ad utilizzare e divulgare le informazioni

Qualifica

Data di rilascio

Avviso - Divieto di nuova divulgazione dei dati relativi al trattamento da abuso di sostanze:

Il presente avviso riguarda la divulgazione di informazioni relative al trattamento per abuso di sostanze di un paziente, effettuata con il consenso del paziente o del suo rappresentante personale. Le presenti informazioni, i dati sul trattamento da abuso di sostanze, provengono da dati protetti dalle norme federali sulla riservatezza (42 CFR Part 2) e dalla Legge sulla portabilità e la rendicontabilità dell'assicurazione sanitaria (HIPAA). Le norme federali vietano la divulgazione di queste informazioni a organizzazioni non indicate nella Parte 1 di cui sopra, a meno che l'ulteriore divulgazione non sia stata espressamente autorizzata dal consenso scritto della persona a cui si riferiscono o se altrimenti consentito da 42 CFR Part 2. Un consenso generico alla divulgazione di informazioni mediche o di altro tipo NON è sufficiente allo scopo. Le norme federali limitano qualsiasi utilizzo delle informazioni al fine di indagare o perseguire penalmente i pazienti che fanno abuso di alcolici o droghe.

PARTE 3: Revoca del consenso alla comunicazione di informazioni

Col presente revoco l'autorizzazione ad utilizzare e comunicare le informazioni indicate nella **Parte 1**, a persone, organizzazioni, strutture o programmi i cui nomi e indirizzi vengono qui riportati:

Col presente rifiuto di acconsentire all'utilizzo e alla comunicazione delle informazioni indicate nella **Parte 1**, a persone, organizzazioni, strutture o programmi i cui nomi e indirizzi sono qui riportati:

Firma del paziente (o del rappresentante legale)

Data

Nome del paziente (in stampatello)

Se firmato da un rappresentante, nome del rappresentante (o di un genitore o tutore) (in stampatello)

Se firmato da un rappresentante, indicare l'autorità in base al quale il rappresentante firma per conto del paziente (indicare, ad esempio, "genitore" nel caso in cui il rappresentante sia uno dei genitori del paziente minore)

Quesiti sulle informazioni relative ai pazienti e sul consenso alla loro condivisione da parte del CSPOA

1. In che modo gli operatori CSPOA utilizzeranno le informazioni relative ai pazienti?

D'accordo con il paziente gli operatori CSPOA utilizzeranno le sue informazioni sanitarie per:

- Coordinare l'assistenza sanitaria del minore e gestirne le cure
- Verificare l'esistenza di un'assicurazione sanitaria e la relativa copertura
- Studiare e migliorare l'assistenza sanitaria ai pazienti

La scelta compiuta NON consente alle assicurazioni sanitarie di vedere le informazioni relative al paziente per decidere se fornire l'assicurazione sanitaria o pagare le relative fatture.

2. Da dove provengono le informazioni sanitarie dei pazienti?

Le informazioni sulla salute dei pazienti provengono da luoghi e persone che in passato hanno fornito loro assistenza sanitaria o assicurazione sanitaria, vale a dire ospedali, medici, farmacie, laboratori, piani salute (compagnie assicuratrici), il programma Medicaid e altri gruppi che condividono informazioni sanitarie. Per l'elenco delle informazioni disponibili in PSYCKES visitare il sito web PSYCKES su www.psyckes.org e cercare "About PSYCKES" (Informazioni su PSYCKES) o chiedere all'operatore di stampare l'elenco.

3. Quali leggi e normative regolano la comunicazione delle informazioni sanitarie dei pazienti?

La sezione 33.13 della Legge sull'igiene mentale di New York, l'articolo 27-F della Legge sulla salute pubblica di New York e le norme federali sulla riservatezza dei dati, tra cui 42 CFR Part 2 e 45 CFR Part 160 e 164 (norme che costituiscono la "Legge sulla portabilità e la rendicontabilità dell'assicurazione sanitaria" (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

4. Se il paziente è d'accordo, chi può ottenere e vedere le informazioni che lo riguardano?

Le uniche persone che possono vedere le informazioni sanitarie dei pazienti sono coloro che sono stati autorizzati dal paziente stesso ad ottenerle e vederle, ad esempio i medici e altri che lavorano per il CSPOA e che sono coinvolti nell'assistenza sanitaria del minore e coloro che lavorano per un operatore CSPOA che sta curando il minore, per fare in modo che possano verificare l'assicurazione sanitaria del minore o per studiare e migliorare l'assistenza sanitaria per tutti i pazienti.

5. Che cosa succede se una persona utilizza le informazioni del paziente senza che questi l'abbia autorizzata a farlo?

Se si ritiene che una persona abbia utilizzato le informazioni del minore senza essere stata autorizzata a farlo, è possibile rivolgersi a uno degli operatori cui era stato dato il permesso di accedere ai dati, al CSPOA al numero 347-396-7205, all'Ufficio del Procuratore degli Stati Uniti al numero 212-637-2800 o all'Ufficio della salute mentale dello Stato di New York al numero 800-597-8481 (Rapporti con i clienti).

6. Per quanto tempo è valido il consenso?

Il consenso durerà fino al giorno in cui non verrà revocato, in caso di sospensione del CSPOA o fino a tre anni dopo la data dell'ultima prestazione fornita dal CSPOA, a seconda di quale situazione si verifichi per prima.

7. Che cosa succede se in seguito si cambia idea e si vuole revocare il consenso?

È possibile revocare il consenso in qualsiasi momento semplicemente firmando un Modulo di revoca del consenso e consegnandolo al CSPOA. Per ottenere il modulo chiamare il 347-396-7205. Nota: Anche se si decide di revocare il consenso in un secondo momento, gli operatori che sono già in possesso delle informazioni relative al paziente non sono tenuti a eliminarle dai loro archivi.

8. Come si può ottenere una copia di questo modulo?

Dopo aver firmato il modulo è possibile averne una copia.