



Punto d'accesso unico per minori della Città di New York: Autorizzazione alla comunicazione di informazioni

Nome del minore/paziente:	Data di nascita:
----------------------------------	-------------------------

Io sottoscritto, _____, autorizzo il Dipartimento di salute e igiene mentale della Città di New York, tramite il Punto d'accesso unico per minori (Children's Single Point of Access, CSPOA), a comunicare e ricevere o accedere alle seguenti informazioni su mio figlio (o su di me in caso di maggiore età):

Tutte le valutazioni didattiche, mediche, relative al trattamento di abuso da sostanze e di salute mentale, compreso il Modulo di segnalazione universale; le valutazioni psichiatriche e psicologiche; le valutazioni psicosociali; le relazioni di dimissioni; tutti i dati clinici; le note di psicoterapia registrate da un operatore sanitario professionista nel campo della salute mentale che documentano o analizzano il contenuto delle conversazioni durante una sessione di consulenza privata o di gruppo, congiunta o familiare, che può essere separata dal resto della mia cartella clinica; tutti i dati posseduti o ottenuti dal CSPOA; e altre informazioni di seguito riportate:

Altre informazioni che possono essere comunicate [in caso di informazioni soggette a 42 CFR Part 2, indicare qui le informazioni esatte]:

Autorizzo CSPOA a comunicare a, o ricevere o ottenere le informazioni di cui sopra da qualsiasi piano sanitario, medico, professionista sanitario, ospedale, clinica, laboratorio, farmacia, struttura medica o altro operatore sanitario, assistente sociale, organizzazione di servizi sociali, centri di salute mentale o altre persone o enti indicati nel riquadro sottostante che hanno fornito o forniranno pagamenti, trattamenti o servizi a mio figlio o per suo conto (o a me o per mio conto in caso di maggiore età):

Nome di altre persone od organizzazioni che comunicheranno le informazioni [in caso di informazioni soggette a 42 CFR Part 2, indicare le persone o le organizzazioni esatte e il nome del contatto che riceverà le informazioni]:

La presente autorizzazione sarà valida finché non verrà revocata da me a meno che nel riquadro sottostante non vengano specificati una determinata data o un determinato evento:

Data o evento in occasione dei quali la presente autorizzazione non sarà più valida:

La presente informazione viene comunicata o ricevuta dal CSPOA su mia richiesta e/o a fini di valutazione per i servizi, determinazione dell'idoneità, segnalazione ai servizi o fornitura di servizi per mio figlio (o per me in caso di maggiore età), e/o per gli scopi elencati nel riquadro sottostante:

Altri fini della comunicazione:

Prendo atto di non aver firmato la presente autorizzazione e che il mio rifiuto a firmarla non avrà effetti sulla capacità di mio figlio (o sulla mia capacità in caso di maggiore età) di ottenere trattamenti, né avrà effetti sull'idoneità di mio figlio a ricevere le prestazioni (o sulla mia idoneità in caso di maggiore età). Salvo alcune eccezioni, le informazioni una volta comunicate possono essere nuovamente comunicate dal destinatario.

Prendo ulteriormente atto di avere il diritto di revocare la presente autorizzazione in qualsiasi momento comunicandolo per iscritto a: DOHMH, Attn: CSPOA, 42-09 28th St., Long Island City, NY 11101. Sono consapevole che la revoca non avrà validità se le persone o le organizzazioni che ho autorizzato a utilizzare e/o comunicare le informazioni relative a mio figlio (o a me stesso in caso di maggiore età) hanno già agito a causa della mia autorizzazione.

Firma del paziente o del rappresentante legale

Data

3.25 Italian