NYU Langone Health

Istruzioni per l'autorizzazione all'utilizzo e alla divulgazione di informazioni sanitarie protette (PHI)

1. Compilare tutte le sezioni presenti nel modulo. I moduli incompleti non saranno accettati.
2. Elencare il fornitore/l'ente (o gli enti) al quale si sta richiedendo la documentazione e inoltrare come indicato nella tabella in basso.
3. Se devono essere incluse le informazioni relative a trattamenti di disintossicazione da alcolici/stupefacenti, trattamenti di igiene mentale, informazioni genetiche o informazioni riservate relative all'HIV, apporre le proprie iniziali accanto a ciascun tipo appropriato nella sezione uno.
   - Per informazioni su trattamenti di disintossicazione da alcolici/stupefacenti si intendono qualsiasi informazione ottenuta da programmi di disintossicazione da alcolici/stupefacenti.
   - Per informazioni su trattamenti di igiene mentale si intendono le cartelle cliniche o le informazioni sanitarie volte a identificare i pazienti di igiene mentale, tutelate in base alle leggi dello Stato di New York.
   - Per informazioni riservate sull'HIV si intendono qualsiasi informazione che mostri di essere stati sottoposti a un test dell'HIV o di avere avuto un'infezione o una malattia (compresa l'AIDS) associata all'HIV, o di essere stati esposti all'HIV. Sono inclusi i risultati negativi.
   - Per informazioni genetiche si intendono qualsiasi esame di laboratorio per diagnosticare la presenza di una variazione genetica associata a una predisposizione a una malattia o disabilità di natura genetica, compresa l'analisi del profilo del DNA.

Prima di soddisfare la richiesta verrà fornita una stima degli eventuali costi previsti.

Sede	Indirizzo	Numero di telefono
Tisch, Kimmel, Hassenfeld Children's Hospital, Rusk Rehabilitation, Ambulatory Care Center	NYU Langone Health HIM Department di persona: 550 First Avenue, Lobby, NY, NY 10016 per posta: One Park Avenue, 3rd Floor, NY, NY 10016	212-263-5490
NYU Langone Orthopedic Hospital	NYU Langone Orthopedic Hospital HIM Department di persona: 380 2nd Avenue, Suite 640 NY, NY 10003 per posta: 301 E 17th St, NY, NY 10003	212-598-6790
NYU Langone Hospital - Long Island	NYU Langone Hospital - Long Island HIM Department di persona: Admitting Office-Main Lobby 259 First Street, Mineola, NY 11501 per posta: 200 Old Country Road, Suite SW 201 Mineola, NY 11501	516-663-2515, opzione 4
Laura & Isaac Perlmutter Cancer Center	Perlmutter Cancer Center HIM Department 160 E 34th Street NY, NY 10016	212-731-6180
NYU Langone Hospital - Long Island - Laura & Isaac Perlmutter Cancer Center	Perlmutter Cancer Center HIM Department 120 Mineola Blvd, 6th Floor Mineola, NY 11501	516-633-8250
NYU Langone Hospital-Brooklyn	NYU Langone Hospital-Brooklyn HIM Department 150 55th Street Brooklyn, NY 11220	718-630-7125
NYU Grossman School of Medicine Faculty Group Practices (FGP)	Direttamente all'ufficio specifico	Contattare direttamente l'ufficio specifico
Family Health Centers presso NYU Langone	Marilyn Vientos, Direttore FHC Network Operations FHCPatientRelations@nyulangone.org	Contattare direttamente l'ufficio specifico
NYU Langone Hospital - Long Island Certified Home Health Agency (CHHA)	NYU Langone Hospital - Long Island - CHHA 290 Old Country Road Mineola, NY 11501	516-663-8000
Southwest Brooklyn Dental Practice	Attn: Practice Manager 215 54th Street Brooklyn, NY 11220	929-455-2099
Lastre/immagini radiografiche (Radiology Films/Images)	Tisch: 560 1st Ave, 2nd Floor, NY, NY 10006 Ospedale ortopedico: 301 East 17th St, Suite 600/6th Floor, NY, NY 10003 Radiologia FGP: NYU Langone Health Radiology Medical Records, 650 First Avenue, 4th Floor, NY, NY 10016 Tutte le altre sedi: direttamente alla sede dello studio di diagnostica per immagini	Tisch: 212-263-5227 Ortopedico: 212-598-6373 FGP: 212-263-7108 Altri: contattare direttamente l'ufficio specifico
Long Island Community Hospital (LICH)	Long Island Community Hospital - HIM Department 101 Hospital Road, Patchogue, NY 11772	631-654-7710

NYU Langone Health
NYU Langone Hospitals
Family Health Centers presso NYU Langone
NYU Grossman School of Medicine
Long Island Community Hospital presso NYU Langone Health

AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO E ALLA DIVULGAZIONE DI INFORMAZIONI SANITARIE PROTETTE (PHI)

Nome paziente	Data di nascita paziente	Numero di telefono
Indirizzo paziente		

Io sottoscritto/a, o tramite il mio rappresentante autorizzato, richiedo che le informazioni sanitarie riguardanti le mie cure e terapie vengano fornite così come stabilito nel presente modulo. Sono consapevole che:

1. Le informazioni relative a **TRATTAMENTI DI DISINTOSSICAZIONE DA ALCOLICI/STUPEFACENTI**, **TRATTAMENTI DI IGIENE MENTALE**, **TEST GENETICI** e/o **INFORMAZIONI RISERVATE SULL'HIV*** non saranno fornite se non in presenza di una mia specifica autorizzazione. Apponendo le mie iniziali di seguito, autorizzo specificamente il rilascio di tali informazioni alla persona (o alle persone) indicata nel presente modulo.

	Informazioni su trattamenti di disintossicazione da alcolici/stupefacenti (registri dei programmi di
	Informazioni su trattamenti di igiene mentale (ad eccezione degli appunti di psicoterapia che potrebbero richiedere un'ulteriore autorizzazione)
	Informazioni su test genetici
	Informazioni su HIV/AIDS (il rilascio di queste informazioni deve includere le dichiarazioni obbligatorie relative al divieto di ulteriore divulgazione ove richiesto dalla legge)

2. Ad eccezione dei tipi speciali di informazioni sopra elencati, le informazioni che vengono fornite in virtù di questa autorizzazione potranno essere condivise nuovamente dal destinatario perdendo definitivamente la tutela garantita dalle leggi federali o statali. Tranne nei casi consentiti dalle leggi federali o statali, autorizzando la divulgazione di informazioni sull'HIV, il destinatario non potrà condividere tali informazioni senza il mio permesso. Potrò richiedere un elenco delle persone che possono ricevere o utilizzare le informazioni personali sull'HIV senza autorizzazione. Se fossi oggetto di discriminazione a causa del rilascio o della divulgazione di informazioni sull'HIV, potrò contattare la Divisione per i diritti umani dello Stato di New York (New York State Division of Human Rights) al numero (212) 480-2493 oppure la Commissione per i diritti umani della Città di New York (New York City Commission of Human Rights) al numero (212) 306-7450. Queste agenzie sono responsabili della tutela dei miei diritti.
3. Potrò revocare la presente autorizzazione scrivendo al fornitore/all'ente a cui ho inoltrato il modulo (all'indirizzo elencato nella pagina delle istruzioni). La revoca avrà effetto a partire dal momento in cui viene ricevuta da NYU Langone Health e/o Long Island Community Hospital ("LICH") e non riguarderà gli atti precedenti alla presente revoca.
4. La firma della presente autorizzazione è volontaria. NYU Langone Health o LICH non potranno subordinare terapie, pagamenti, iscrizioni a programmi sanitari o idoneità per il percepimento di sussidi al fatto che io firmi o rifiuti di firmare la presente autorizzazione, tranne in circostanze limitate.
5. Nel richiedere lastre radiografiche originali, sono consapevole che NYU Langone Health non conservi copie (analogiche) delle lastre. Sollevo NYU Langone Health da ogni responsabilità per la gestione degli archivi delle mie immagini diagnostiche.

Nome e indirizzo del fornitore/dell'ente al quale si intende rilasciare le informazioni (vedere la pagina delle istruzioni)**:**

NYU Langone Health
NYU Langone Hospitals
Family Health Centers presso NYU Langone
NYU Grossman School of Medicine
Long Island Community Hospital presso NYU Langone Health

Scopo del rilascio di informazioni:

☐ Su mia richiesta ☐ Continuità delle cure

☐ Altro (fornire una spiegazione, compreso se per un sussidio o un programma governativo):_____

Persona che riceve queste informazioni:

☐ Me stesso/a ☐ Altra (nome; doc. d'identità richiesto per il ritiro):_____

Forma/Formato (potrebbero essere applicati dei costi; verrà fornita una stima prima del rilascio)**:**

☐ Invio per posta a:_____

☐ Ritiro, in forma cartacea ☐ MyChart (download disponibile per 60 giorni)

☐ Fax (numero):_____ ☐ CD/DVD ☐ USB

☐ Posta elettr. certificata (accesso/download disponibile per 30 giorni): _____

☐ Altro:_____

Descrizione delle informazioni da rilasciare:

☐ Cartella medica completa dal fornitore/dall'ente suindicato

☐ Documentazione relativa alle seguenti date: _____

☐ Referti radiografici (elencare tipo di esame e data): _____

☐ Immagini/lastre radiografiche (elencare tipo di esame e data): _____

☐ Sunto (riepilogo) delle informazioni relative alle seguenti date:_____

☐ Documentazione inviata al fornitore/all'ente suindicato da fornitori non NYU Langone Health e conservata da NYU Langone Health per finalità associate alle mie cure

☐ Altro (ad es., ricevute di fatture; moduli di consenso):_____

L'autorizzazione cesserà entro un (1) anno dalla data della firma, salvo quanto qui indicato
(specificare evento o data):

_____

Tutte le mie eventuali domande hanno ricevuto una risposta soddisfacente. Inoltre, quando NYU Langone Health e/o LICH mi hanno chiesto di compilare il presente modulo, ho ricevuto o mi è stata fornitacopia del presente modulo.

Firma: _____ Data: _____ Ora: _____ AM/PM
(Paziente o persona autorizzata a firmare)
Se la persona che fornisce il consenso non è il/la paziente, scrivere in stampatello il nome e il tipo di autorità alla firma. Al momento della richiesta dovrà essere fornita la documentazione a sostegno.

Nome/Autorità: _____

* Virus dell'immunodeficienza umana che provoca l'AIDS. Le leggi dello Stato di New York in materia di sanità tutelano le informazioni che potrebbero ragionevolmente identificare una persona come affetta dai sintomi o dall'infezione dell'HIV e le informazioni riguardanti i suoi recapiti.

Office Use Only: MRN: _____ Received: ____/____/____ Initials:_____