

Nome dell'ente fornitore del servizio di assistenza sanitaria Health Home

Con la sottoscrizione di questo modulo esprimo la mia volontà di non rientrare nel programma di assistenza sanitaria Health Home fornito da

Nome dell'ente fornitore del servizio di assistenza sanitaria Health Home

Poiché non farò più parte del programma Health Home, sottoscrivendo il presente modulo revoco anche l'autorizzazione, concessa al momento dell'iscrizione al programma, a condividere le mie informazioni sanitarie con fornitori e altri soggetti coinvolti nel programma Health Home, RHIO (Regional Health Information Organization) e/o sistema computerizzato PSYCKES dell'OMH (Office of Mental Health) inclusi. Se ho già firmato un altro modulo di consenso con RHIO e/o PSYCKES, il mio permesso di condividere le mie informazioni personali con i fornitori e altri attraverso RHIO e/o PSYCKES rimarrà in vigore. Comprendo che i fornitori che già dispongono delle informazioni sanitarie che mi riguardano non sono tenuti a restituire tali informazioni o a eliminarle dai propri archivi. Tuttavia, a partire dalla data di sottoscrizione del presente modulo, i fornitori coinvolti nel programma Health Home non potranno più ottenere, vedere, leggere o condividere le mie informazioni sanitarie personali. Sono consapevole che l'espressione "informazioni sanitarie personali" può includere informazioni mediche, informazioni sulla salute mentale, informazioni su terapie di disintossicazione da sostanze stupefacenti e alcol e/o informazioni su HIV/AIDS.

Sono consapevole che le mie informazioni sanitarie personali continueranno a essere protette secondo le leggi e le norme dello Stato di New York e degli Stati Uniti. I partner coinvolti nel programma Health Home attualmente in possesso delle mie informazioni sanitarie personali sono obbligati ad attenersi a tali leggi.

Sono altresì consapevole che l'uscita dal programma Health Home non mi impedirà di ricevere assistenza sanitaria o altri servizi sanitari diretti.

La sottoscrizione del presente modulo rende nullo qualsiasi modulo di consenso da me firmato in precedenza.

Nome in stampatello del paziente

Data di nascita del paziente

Firma del paziente o del suo rappresentante legale

Data

Nome in stampatello del rappresentante legale (se applicabile)

Relazione del rappresentante legale con il paziente (se applicabile)

Dettagli sulle informazioni personali del paziente e il processo di revoca del consenso

1. A partire dal momento della revoca, in che modo i partner potranno utilizzare le mie informazioni sanitarie personali?

I partner non potranno più utilizzare le Sue informazioni sanitarie personali.

2. Come saranno trattate le mie informazioni sanitarie personali?

Le Sue informazioni sanitarie personali saranno conservate dai fornitori che già le possiedono, i quali saranno però tenuti a proteggerle secondo le leggi e le norme dello Stato di New York e degli Stati Uniti.

3. Quali sono le leggi e le normative che regolamentano la condivisione delle informazioni sanitarie personali?

Le leggi e le norme in oggetto sono le seguenti: New York Education Law Section 6530(23), Mental Hygiene Law Section 33.13, New York Public Health Law Article 27-F, Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) federale del 1996, 45 CFR Parts 160 e 164, e le federal confidentiality regulations in 42 CFR Part 2.

4. Chi potrà ottenere e consultare le mie informazioni sanitarie personali dopo la revoca del consenso?

Nessuno potrà più avere accesso alle Sue informazioni sanitarie personali. Tuttavia, una volta divulgate, le informazioni non possono essere ritirate. Possono avere accesso alle informazioni sanitarie personali già divulgate i seguenti soggetti: coloro che facevano parte del programma Health Home prima della revoca del consenso, come medici e dipendenti di partner Health Care coinvolti nella cura della Sua salute; fornitori di assistenza sanitaria che lavorano con un partner Health Home che Le ha fornito assistenza sanitaria; collaboratori di un partner Health Home che Le ha prestato assistenza medica addetti al controllo della Sua assicurazione medica o impegnati nello studio dei servizi di assistenza sanitaria con lo scopo di migliorarli per il bene di tutti i pazienti. Inoltre, se in alcuni casi ha ricevuto assistenza medica da soggetti diverse dal Suo medico o fornitore abituale, ad esempio da una nuova farmacia, o un nuovo ospedale o un differente fornitore, essi possono aver avuto accesso ad alcune informazioni, come il tipo di copertura del Suo pacchetto assicurativo o il nome del Suo fornitore Health Home.

5. Cosa succede se una persona utilizza le mie informazioni sanitarie personali senza la mia autorizzazione?

Se crede che qualcuno abbia utilizzato le Sue informazioni personali senza la Sua autorizzazione, contatti uno dei partner da Lei autorizzati a consultare la Sua documentazione oppure chiami _____ allo _____ o il call center di Medicaid all'1-800-541-2831.

6. Quanto dura la revoca del consenso?

La revoca ha valore fino al giorno della sottoscrizione di un nuovo modulo di consenso nel contesto di un programma Health Home.

7. Cosa devo fare se in seguito cambio idea e desidero partecipare a un programma Health Home e consentire la condivisione delle mie informazioni sanitarie personali?

Nel caso cambi idea, comunichi al Suo ente assicurativo o al precedente fornitore Health Home il Suo desiderio di partecipare nuovamente a un programma Health Home.

8. Come posso ottenere una copia di questo modulo?

Dopo aver sottoscritto il presente modulo di revoca del consenso può richiederne una copia.