

Modulo di consenso per la condivisione dei dati dei pazienti di Health Home

Nome dell'organizzazione che fornisce il servizio Health Home _____

Firmando questo modulo, lei accetta di partecipare al programma Health Home presso _____ .
Affinché possa usufruire del servizio Health Home e ricevere le cure migliori per il suo caso, è necessario che gli operatori sanitari e altre persone preposte alla sua assistenza possano consultarsi e condividere determinate informazioni sul suo stato di salute. Si precisa che, mentre il programma Health Home le garantisce di ricevere tutte le cure di cui necessita, lei continuerà ad usufruire dell'assistenza sanitaria e della copertura assicurativa sanitaria anche qualora non firmasse questo modulo o decidesse di non partecipare al programma Health Home.

Health Home può acquisire le informazioni sanitarie e le cartelle cliniche che la riguardano dai partner elencati in calce al modulo e/o da altre fonti attraverso un sistema informatico gestito da _____ ,
dalla Regional Health Information Organization (RHIO, Organizzazione regionale per le informazioni sanitarie) e/o da un sistema informatico chiamato PSYCKES gestito dal New York State Office of Mental Health (Ufficio per la Salute mentale dello Stato di New York). La RHIO utilizza un sistema informatico per raccogliere e conservare le informazioni sanitarie e le cartelle cliniche che la riguardano dai medici che l'hanno in cura e dagli operatori sanitari che fanno parte della RHIO. La RHIO può condividere le informazioni sanitarie che la riguardano solo con le persone da lei autorizzate a visionarle o acquisirle. PSYCKES è un sistema informatico per raccogliere e conservare le informazioni sanitarie che la riguardano dai medici che l'hanno in cura e dagli operatori sanitari che fanno parte del programma Medicaid.

Firmando questo modulo per accettazione, lei autorizza Health Home e i partner elencati in calce ad acquisire, visionare, leggere, copiare e condividere TUTTE le informazioni sanitarie che la riguardano (incluse tutte le informazioni sanitarie ottenute da Health Home attraverso la RHIO e/o PSYCKES) e di cui essi necessitano per somministrare, gestire o valutare le cure più adeguate per il suo caso e per migliorare la qualità dell'assistenza medica ai pazienti. Potranno essere acquisite, visionate, lette, copiate e condivise le informazioni sanitarie create prima e dopo la data della firma di questo modulo. Le sue cartelle cliniche possono includere informazioni su malattie o lesioni da lei eventualmente avute in passato, esiti di esami (ad esempio esami del sangue o radiografie) e farmaci da lei assunti attualmente o in passato. Le sue cartelle cliniche possono inoltre includere informazioni su:

1. Programmi per l'abuso di alcolici o stupefacenti da lei seguiti attualmente o in passato come paziente;
2. Servizi di pianificazione familiare, ad esempio in tema di contraccezione e aborto;
3. Malattie ereditarie;
4. HIV/AIDS;
5. Disturbi mentali; e/o
6. Malattie sessualmente trasmissibili (malattie contratte a seguito di rapporti sessuali).

Tali informazioni sono private e non possono essere divulgate ad altre persone senza la sua autorizzazione ai sensi delle leggi e dei regolamenti dello Stato di New York e degli Stati Uniti. I partner che possono acquisire e visionare le sue informazioni sanitarie sono tenuti a ottemperare a tutte queste leggi. Essi non possono divulgare tali informazioni ad altre persone a meno che lei non dia il suo consenso o la legge lo consenta. Questa disposizione vale per le informazioni sanitarie sia in formato elettronico sia in forma cartacea. Alcune leggi prevedono forme di tutela specifiche in caso di HIV/AIDS, disturbi mentali, alcolismo e tossicodipendenza. Health Home e i partner che utilizzano le sue informazioni sanitarie sono tenuti a ottemperare a tali leggi e regolamenti.

Si prega di leggere questo modulo per intero prima di apporre la propria firma.

ACCETTO di partecipare al programma Health Home presso _____ e accetto che Health Home possa acquisire TUTTE le informazioni sanitarie che mi riguardano dai partner elencati in calce a questo modulo e da altre fonti attraverso la RHIO _____ e/o attraverso il sistema PSYCKES per somministrare o gestire cure mediche a me destinate, verificare se sono in possesso di un'assicurazione sanitaria e i relativi ambiti di copertura, nonché valutare le cure più adeguate per il mio caso e per migliorare la qualità dell'assistenza medica per tutti i pazienti. ACCETTO inoltre che Health Home e i partner elencati in calce a questo modulo condividano le informazioni sanitarie che mi riguardano. Comprendo che questo modulo di consenso sostituisce altri moduli di consenso da me eventualmente firmati in passato per la condivisione delle informazioni sanitarie che mi riguardano. Qualora cambiassi idea, potrò ritirare il mio consenso in qualsiasi momento firmando un modulo di ritiro del consenso (DOH-5058) e consegnandolo a uno dei partner Health Home.

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 tra il rappresentante legale e il paziente
(se applicabile) _____

Dettagli sui dati riguardanti il paziente e il processo di consenso

1. In che modo i partner utilizzeranno i miei dati?

Fornendo il suo consenso, lei autorizza i partner a utilizzare le informazioni sanitarie che la riguardano per:

- fornirle trattamenti medico-sanitari e servizi correlati;
- verificare se lei dispone di un'assicurazione sanitaria e i relativi ambiti di copertura, e
- valutare e migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria destinata ai pazienti.

La sua scelta NON consente alle compagnie assicurative sanitarie di accedere ai suoi dati per decidere se erogarle o meno l'assicurazione o pagare o meno le sue fatture. Potrà operare la sua scelta in tal senso compilando un modulo appositamente previsto per le compagnie assicurative sanitarie.

2. Da dove provengono le informazioni sanitarie che mi riguardano?

Le informazioni sanitarie che la riguardano provengono da strutture e persone che in passato le hanno fornito servizi di assistenza sanitaria o un'assicurazione sanitaria, fra cui ospedali, medici, farmacie, laboratori, compagnie assicurative sanitarie, enti che erogano il programma Medicaid e altre organizzazioni che condividono dati medico-sanitari. Può ottenere l'elenco completo di tali strutture e persone chiamando il numero _____ oppure contattando il responsabile della sua assistenza sanitaria.

3. Quali leggi e regolamenti disciplinano le modalità di scambio e condivisione delle mie informazioni sanitarie?

Le leggi e i regolamenti di riferimento sono la New York Mental Hygiene Law, sezione 33.13, la New York Public Health Law, articolo 27-F, e i regolamenti federali in materia di riservatezza, tra cui il 42 CFR Parte 2 e il 45 CFR Parti 160 e 164 (noti come regolamenti "HIPAA").

4. Se accetto di fornire il mio consenso, chi potrà accedere ai miei dati?

Possono accedere alle sue informazioni sanitarie solo i soggetti da lei autorizzati in tal senso, come i medici e altre persone che lavorano per un partner Health Home e che prendono parte alla sua assistenza sanitaria; operatori sanitari che lavorano per un partner Health Home e che le forniscono assistenza sanitaria; e persone che lavorano per un partner Health Home che le fornisce assistenza sanitaria per aiutarle a verificare la sua assicurazione sanitaria o per valutare e migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria di tutti i pazienti. Quando riceve dei servizi di assistenza sanitaria da persone diverse dai suoi medici o operatori abituali, ad esempio una nuova farmacia, un nuovo ospedale o un altro operatore, alcune informazioni (come la copertura della sua assicurazione o il nome dell'ente Health Home) potranno essere fornite a o viste da tali soggetti.

5. Che cosa succede se una persona utilizza i miei dati senza il mio consenso?

Se ritiene che una persona abbia utilizzato i suoi dati senza il suo consenso, chiami uno dei partner da lei autorizzati ad accedere alle sue cartelle oppure chiami _____ al n. _____ o la help line di Medicaid al n. 1-800-541-2831.

6. Quanto dura il mio consenso?

Il suo consenso durerà fino al giorno in cui ritirerà il suo consenso o deciderà di abbandonare il programma Health Home o fino alla cessazione del servizio Health Home.

7. E se in un secondo tempo cambiassi idea e desiderassi ritirare il mio consenso?

Qualora cambiasse idea, potrà ritirare il suo consenso in qualsiasi momento firmando un modulo di ritiro del consenso (DOH-5058) e consegnandolo a uno dei partner Health Home. Se accetta che i suoi dati vengano condivisi, tutti i partner Health Home elencati in calce a questo modulo potranno accedere alle informazioni sanitarie che la riguardano. Se non desidera che i partner Health Home elencati in questo modulo possano accedere alle informazioni sanitarie che la riguardano, deve ritirare il suo consenso dal programma Health Home. Può ottenere il relativo modulo chiamando il n. _____.

Il responsabile della sua assistenza sanitaria la aiuterà a compilare questo modulo laddove ne avesse bisogno. Nota: anche se decidesse in un secondo tempo di ritirare il suo consenso, gli operatori già in possesso dei suoi dati non sono tenuti a restituirli o a eliminarli dai loro archivi.

8. Come posso ottenere una copia di questo modulo?

Può ottenere una copia di questo modulo dopo averlo firmato.

Partner partecipanti

Nome dell'organizzazione che fornisce il servizio Health Home

Fare ulteriori copie di questa pagina se necessario per elencare tutti i partner partecipanti

Iniziali del paziente

Data

Nome del partner partecipante

Nome del partner partecipante