Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

AUTORIZZAZIONE DI RILASCIARE/OTTENERE INFORMAZIONI MEDICHE

NOME CLIENTE	NUMERO DEL CASO	UFFICIO LOCALE

DEFINIZIONI

Servizi a domicilio e comunitari (Home and Community Services – HCS) una divisione dell'Ente per i servizi agli anziani e agli adulti, Ministero dei Servizi sociali e medici.

La rete per gli anziani (Aging Network) che include le agenzie settoriali e i rispettivi subappaltatori.

Informazioni riguardanti la salute ossia informazioni basate sulla definizione in RCW 70.02 (comprese, ma non limitate alle valutazioni mediche, le informazioni sui trattamenti, le diagnosi e i resoconti del progresso) e include informazioni sulle condizioni mentali secondo RCW 71.05, informazioni sull'HIV e sulle malattie trasmesse sessualmente (STD) secondo RCW 70.96A.150 e 42 CFR Parte 2.

Informazioni sociali che riguardano la comunità e i rapporti, come i vari lavori che si sono svolti, i nomi di contatti collaterali, le circostanze di vita, le informazioni finanziarie e altre informazioni di tipo non medico che possono assistere a determinare l'eleggibilità e la programmazione del servizio.

SEZIONE 1 (richiede le iniziali del cliente)

Capisco che le informazioni seguenti sono necessarie per determinare o per mantenere la mia eleggibilità ai servizi che sono disponibili tramite HSC o l'Aging Network.

Autorizzo il mio rappresentante di HSC o dell'Aging Network **a rilasciare o ad ottenere informazioni riguardanti la salute e/o di tipo sociale per o da altre amministrazioni DSHS e seguenti fornitori di cure mediche o persone:**_____ iniziali del cliente.

NOME	TITOLO	TELEFONO	Segnare tutte le voci necessarie
		( )	☐ salute mentale ☐ cure mediche ☐ HIV/AIDS/STD ☐ droga/alcool ☐ sociale
ORGANIZZAZIONE	INDIRIZZO		
NOME	TITOLO	TELEFONO	☐ salute mentale ☐ cure mediche ☐ HIV/AIDS/STD ☐ droga/alcool ☐ sociale
		( )	
ORGANIZZAZIONE	INDIRIZZO		
NOME	TITOLO	TELEFONO	☐ salute mentale ☐ cure mediche ☐ HIV/AIDS/STD ☐ droga/alcool ☐ sociale
		( )	
ORGANIZZAZIONE	INDIRIZZO		
NOME	TITOLO	TELEFONO	☐ salute mentale ☐ cure mediche ☐ HIV/AIDS/STD ☐ droga/alcool ☐ sociale
		( )	
ORGANIZZAZIONE	INDIRIZZO		
NOME	TITOLO	TELEFONO	☐ salute mentale ☐ cure mediche ☐ HIV/AIDS/STD ☐ droga/alcool ☐ sociale
		( )	
ORGANIZZAZIONE	INDIRIZZO		

Se non viene revocato prima, questo documento **scade entro UN ANNO dalla data della firma** nella Sezione 4 di questo modulo (RCW 70.02.030(6))

SEZIONE 2 (richiede le iniziali del cliente)

Autorizzo i rappresentanti di HSC o dell'Aging Network a partecipare alle conferenze del mio istituto di assistenza in modo da impostare in piano di servizio adeguato alla mia dimissione. Autorizzo inoltre il rappresentante di HSC o dell'Aging Network a raccogliere le mie informazioni finanziarie dall'istituto di assistenza per poter determinare la mia eleggibilità per Medicaid. _____ iniziali del cliente

SEZIONE 3 (richiede le iniziali del cliente)

Autorizzo il rappresentante di HSC o dell'Aging Network a rilasciare le seguenti informazioni di carattere medico a qualsiasi fornitore individuale, ente fornitore, fornitore di cure a domicilio per adulti, fornitore di cure presso la pensione o istituto di assistenza sotto contratto con DSHS/AAA di fornire i servizi per me:_____ iniziali del cliente

_____ Informazioni mediche _____ Informazioni sulla salute mentale _____ Informazioni sociali

_____ Informazioni su HIV/AIDS/STD _____ Informazioni su droga/alcool

SEZIONE 4 (richiede firma del cliente o del suo rappresentante)

FIRMA DEL CLIENTE		DATA
FIRMA DEL RAPPRESENTANTE DEL CLIENTE	DATA	RAPPORTO CON IL CLIENTE
FIRMA DEL RAPPRESENTANTE DI HCS/RETE AAA	DATA	NUMERO DI TELEFONO
INDIRIZZO DEL RAPPRESENTANTE DI HCS/RETE AAA		

SEZIONE 5 – PER CHI RICEVE LE INFORMAZIONI RILASCIATE

Informazioni per trattamenti riguardo abusi di droghe e alcool:

Queste informazioni vi sono state rilasciate da archivi protetti dalle regole di riservatezza federale (42 CFR Parte 2). Le norme federali proibiscono ulteriori rivelazioni di queste informazioni, tranne nei casi in cui sia espressamente concesso da 42 CFR Parte 2. Un'autorizzazione generale per il rilascio di informazioni mediche o di altra natura NON è sufficiente a questo scopo. Le norme federali non consentono qualsiasi uso di queste informazioni per l'investigazione o il procedimento giudiziario in casi che riguardano l'uso di alcool o di droghe da parte del paziente.

Informazioni mediche relative a HIV/AIDS e malattie trasmesse sessualmente:

Queste informazioni vi sono state rilasciate da archivi la cui riservatezza è legalmente protetta. Le leggi statali vi proibiscono ulteriori rivelazioni di queste informazioni, senza un previo permesso scritto da parte della persona a cui riguardano o in altri modi permessi dalle leggi statali. Un'autorizzazione generale per il rilascio di informazioni mediche o di altra natura NON è sufficiente a questo scopo.

SEZIONE 6 – REVOCA

Questo consenso è soggetto a revoca in qualsiasi momento, tranne nella misura in cui il programma che deve fare la rivelazione ha già intrapreso l'azione basata su di esso. Se non viene revocato in precedenza, questo consenso scade dopo un anno dalla firma precedente. Le informazioni mediche che possono essere rilasciate in base a questa autorizzazione sono limitate a informazioni esistenti prima della data di questa autorizzazione e che possono esistere entro un anno da tale data.

Il sottoscritto, _____ desidera revocare questo consenso al rilascio di informazioni nella data indicata qui di seguito.
NOME CLIENTE

FIRMA DEL CLIENTE		DATA
FIRMA DEL RAPPRESENTANTE DEL CLIENTE	DATA	RAPPORTO CON IL CLIENTE
FIRMA DEL RAPPRESENTANTE DI HCS/RETE AAA	DATA	NUMERO DI TELEFONO

Se non viene revocato prima, questo documento **scade entro UN ANNO dalla data della firma** nella Sezione 4 di questo modulo (RCW 70.02.030(6))

ISTRUZIONI

Nome del cliente e numero di caso: scrivere il nome del cliente e il numero del caso nelle apposite caselle.

Ufficio locale: scrivere il numero di unità dell'ufficio di segnalazione nell'apposita casella.

Definizioni: passare in rassegna le definizioni insieme al cliente per eventuali spiegazioni.

Sezione 1:

- Leggere il testo insieme al cliente.
- Scrivere i nomi delle persone a cui vanno rilasciate le informazioni o dalle quali occorre ottenere informazioni.
- Indicare il tipo di informazioni da rilasciare o da ottenere.
- Richiedere al cliente di mettere le proprie iniziali sull'apposita riga per indicare che ha capito quali informazioni occorre rilasciare/ottenere e a/da chi.

Sezione 2:

- Passare in rassegna con il cliente e richiedere al cliente di mettere le proprie iniziali sull'apposita riga quando l'istituto di assistenza richiede un rilascio di informazioni per consentire allo staff di:
  1. Partecipare ad una conferenza sulla cura.
  2. Ottenere informazioni finanziarie.

Sezione 3:

- Passare in rassegna con il cliente e richiedere al cliente di mettere le proprie iniziali per indicare che ha capito le informazior che saranno rilasciate ai fornitori dei servizi.
- Richiedere al cliente di apporre le proprie iniziali sulle specifiche informazioni da rilasciare.

Sezione 4:

- Richiedere al cliente o al suo rappresentante di firmare (o contrassegnare) e datare il modulo nelle apposite caselle.
- Indicare il rapporto che intercorre tra il rappresentante o il testimone del cliente e il cliente stesso.
- Il modulo deve essere firmato e datato dal funzionario o dal dirigente addetto al caso.
- Specificare l'indirizzo e il numero di telefono nelle apposite caselle.

Sezione 5:

- Spiegare al cliente che il modulo può essere revocato in qualsiasi momento.
- Se il cliente desidera revocare un Modulo per rilasciare/ottenere informazioni, passare in rassegna il testo insieme al cliente
- Scrivere in stampatello il nome del cliente nello spazio "Il sottoscritto _____ desidera revocare questo consenso rilascio di informazioni nella data indicata qui di seguito."
- Chiedere al cliente di firmare e datare il modulo nelle apposite caselle.
- Indicare il rapporto che intercorre tra il rappresentante o il testimone del cliente e il cliente stesso.