Identificazione cliente			
NOME	DATA DI NASCITA	NUMERO DI IDENTIFICAZIONE	
INDIRIZZO	LOCALITÀ	STATO	CODICE POSTALE
NUMERO DI TELEFONO (COMPRESO PREFISSO AREA)	ALTRE INFORMAZIONI		

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Consenso
Consent

Comunicazione ai clienti: Il Dipartimento dei servizi sociali e sanitari (DSHS - Department of Social and Health Services) può aiutarla meglio se siamo in grado di lavorare con altri enti e operatori professionali che conoscono Lei e la sua famiglia. Firmando questo modulo, Lei accorderà al DSHS e alle agenzie e alle persone indicate di seguito l'autorizzazione a utilizzare e condividere informazioni riservate che la riguardano. Se Lei non firma questo modulo, il DSHS non potrà comunque rifiutarle le sue prestazioni, a meno che il suo consenso sia necessario per stabilire la sua ammissibilità. Se Lei non firma questo modulo, il DSHS potrebbe comunque condividere informazioni che la riguardano, nella misura consentita dalla legge. Se Lei desidera chiarimenti sul modo in cui il DSHS condivide informazioni riservate dei clienti e sui diritti di privacy di cui Lei gode, consulti l'Informativa sulle prassi relative alla privacy del DSHS o chieda alla persona che le ha consegnato questo modulo.

Consenso

1. Acconsento all'uso di informazioni riservate che mi riguardano all'interno del DSHS per pianificare, fornire e coordinare servizi, terapie, pagamenti e prestazioni a mio favore oppure per altri fini autorizzati dalla legge. Concedo anche al DSHS e agli enti, ai fornitori o alle persone elencati di seguito l'autorizzazione a utilizzare le mie informazioni riservate e divulgarle tra loro per tali finalità. Le informazioni possono essere condivise in forma verbale o elettronica, per posta o consegna a mano.

   Motivo della divulgazione: queste informazioni sono necessarie prima che il DSHS possa condividere documenti su droghe, alcol o salute mentale. Se Lei non avrà compilato questo campo, il DSHS indicherà come motivo della divulgazione come se fosse su sua richiesta.

   Selezioni tutti i soggetti riportati di seguito che sono inclusi in questo consenso oltre al DSHS, indicandone il nome e l'indirizzo:

   - ☐ Fornitori di cure sanitarie: _____
   - ☐ Fornitori di cure di salute mentale: _____
   - ☐ Fornitori di servizi per disturbi legati all'uso di sostanze: _____
   - ☐ Altri fornitori a contratto del DSHS: _____
   - ☐ Programmi relativi all'alloggio: _____
   - ☐ Distretti scolastici o college: _____
   - ☐ Dipartimento carcerario: _____
   - ☐ Dipartimento della sicurezza dell'occupazione e suoi partner per l'occupazione: _____
   - ☐ Amministrazione della sicurezza sociale o altra agenzia federale: _____
   - ☐ Si veda l'elenco allegato
   - ☐ Altro:

2. Motivo della divulgazione: ☐ Continuità assistenziale ☐ Legale ☐ Personale ☐ Altro:

3. Autorizzo e acconsento alla condivisione dei documenti e delle informazioni seguenti (selezionare tutte le opzioni applicabili):
   - ☐ Tutti i miei documenti di cliente ☐ I documenti indicati nell'elenco allegato
   - ☐ Soltanto i seguenti documenti
     - ☐ Storia familiare, sociale e lavorativa
     - ☐ Piani di trattamento o cura
     - ☐ Documenti di pagamento
     - ☐ Valutazioni individuali
     - ☐ Scuola, istruzione e formazione
     - ☐ Informazioni sanitarie di salute mentale (specificare):
     - ☐ Informazioni sanitarie (specificare):
     - ☐ Altro (elencare):

Identificazione cliente		
NOME	DATA DI NASCITA	NUMERO DI IDENTIFICAZIONE

Attenzione: Se i suoi documenti di cliente includono una qualsiasi delle seguenti informazioni, Lei deve compilare anche questa sezione perché siano inclusi anche tali documenti.

Concedo la mia autorizzazione a divulgare la seguente documentazione (selezionare tutte le opzioni applicabili):

☐ Salute mentale ☐ Esiti di esami, diagnosi o terapia per HIV/AIDS e STD ☐ Disturbo da uso di sostanze

- **Questo consenso è valido per un anno oppure ☐ fino a _____ (data o evento).**
- **Ho la facoltà di revocare o ritirare questo consenso in qualsiasi momento per iscritto, ma tale scelta non avrà effetto su eventuali informazioni già condivise.**
- **Sono consapevole che i documenti condivisi in base a questo consenso non possono più essere tutelati secondo le leggi che si applicano al DSHS.**
- **Una copia del presente modulo è valida per accordare la mia autorizzazione alla condivisione di documenti.**

FIRMA		DATA
FIRMA DEL TESTIMONE / DEL NOTAIO, SE APPLICABILE	NOME A MACCHINA O STAMPATELLO DEL TESTIMONE / NOTAIO	DATA
FIRMA DEL GENITORE O ALTRO RAPPRESENTANTE (SE APPLICABILE)	NUMERO DI TELEFONO (COMPRESO PREFISSO AREA)	DATA

Se io non sono la persona interessata a cui si riferisce la documentazione, sono autorizzato/a a firmare perché sono: (allegare la prova della titolarità)

☐ Genitore ☐ Tutore legale (allegare ordinanza del tribunale) ☐ Rappresentante personale ☐ Altro:

Informativa per i destinatari delle informazioni: **Se questi documenti contengono informazioni su HIV, STD o AIDS, non potete divulgare ulteriormente tali informazioni senza una specifica autorizzazione del cliente.** Se avete ricevuto informazioni legate ad **abuso di droghe o alcol** da parte del cliente, dovete includere la seguente affermazione nel caso di vostra ulteriore divulgazione delle informazioni, come previsto da 42 CFR 2.32:

Avete ricevuto queste informazioni tratte da documentazione protetta dalle norme federali sulla riservatezza (42 CFR parte 2). Le norme federali vi vietano di procedere a qualsiasi ulteriore divulgazione di tali informazioni, a meno che l'ulteriore divulgazione sia espressamente autorizzata tramite consenso scritto della persona a cui si riferiscono o nelle forme altrimenti consentite da 42 CFR parte 2. Per tale finalità, NON è sufficiente un'autorizzazione generica al rilascio di informazioni mediche o di altro tipo. Le norme federali limitano l'eventuale utilizzo delle informazioni soltanto al caso di indagini penali o di processo giudiziario a carico di un paziente per abuso di alcol o droga.

Istruzioni per compilare i moduli di consenso, DSHS 14-012

Utilizzo: Servirsi di questo modulo quando occorre il consenso per utilizzare o condividere informazioni riservate su base continuativa riguardo a un cliente nell'ambito del DSHS, oppure per divulgare tali informazioni ad altri enti per poter coordinare servizi o per il trattamento, il pagamento od operazioni di agenzia, oppure per altri fini riconosciuti dalla legge.

Se possibile, compilare questo modulo elettronicamente. Occorre compilare un **modulo distinto per ciascuna persona, compresi i minori.**

Parti del modulo:

IDENTIFICAZIONE:

- Nome: Indicare il nome di un solo cliente su ciascun modulo. Includere eventuali nomi precedenti che il/la cliente potrebbe aver utilizzato come destinatario/a di servizi.
- Data di nascita: Necessaria per identificare il cliente rispetto a persone con nomi simili.
- Numero di identificazione: Fornire un numero di identificazione cliente o altre identificativo, ad esempio un numero di sicurezza sociale (non obbligatorio) per identificare meglio la documentazione o tracciare la storia e i servizi ricevuti.
- Altro: Inserire in questa casella eventuali informazioni aggiuntive che potrebbero essere utili per individuare dove si trovano i documenti, ad esempio il DSHS impegnato in servizi, nomi di familiari o altre informazioni pertinenti.

CONSENSO (AUTORIZZAZIONE):

- Motivo della divulgazione: queste informazioni sono necessarie prima che il DSHS possa condividere documenti su droghe, alcol o salute mentale. Se Lei non avrà compilato questo campo, il DSHS indicherà come motivo della divulgazione come se fosse su sua richiesta.
- Enti o persone che si scambiano documentazione: Il presente modulo compilato consente: (1) l'utilizzo e la divulgazione di informazioni riservate all'interno del DSHS e con gli enti o le persone presenti in elenco; (2) la divulgazione di informazioni riservate al DSHS da parte di enti o persone all'esterno presenti in elenco. È anche possibile allegare un elenco di enti autorizzati a condividere le informazioni; il cliente deve firmare anche tale elenco.
- Informazioni incluse: I clienti devono indicare quali documenti rientrano nell'ambito del consenso. I clienti potrebbero rendere disponibili tutta la documentazione o limitare i documenti compresi in base a data, tipo od origine del documento. Se un cliente non firma un consenso o non specifica un documento particolare, la condivisione di tale documento sarà comunque consentita se la legge lo permette. È possibile allegare un elenco dei documenti rientranti nel consenso; il cliente deve firmare anche tale elenco. Se in qualche documento sono incluse informazioni relative alla salute mentale (RCW 71.05.620), a test o terapie per HIV/AIDS o STD (RCW 70.02.220), o a servizi relativi a droghe e alcol (42 CFR 2.31(a)(5)), il cliente deve contrassegnare in modo specifico tali aree, per accordare l'autorizzazione a condividere tali documenti. Questo modulo non è valido per poter includere appunti di psicoterapia ai sensi di 45 CFR 164.508(b)(3)(ii); per includere documenti di questo tipo, occorre compilare un modulo a parte.
- Durata: Indicare una data di scadenza del consenso, se diversa da un anno. Il consenso scadrà al termine di un anno a meno che non sia stata indicata una data diversa.
- Comprensione: Accertarsi che il cliente comprenda quale autorizzazione viene concessa e in che modo e per quale motivo saranno condivise le informazioni. Se occorre, utilizzare un modulo tradotto e un interprete, oppure leggere il modulo a voce alta. Se al cliente occorrono altre informazioni, fornire una copia aggiuntiva dell'Informativa sulle pratiche relative alla privacy del DSHS o rinviare il cliente al funzionario che si occupa di divulgazione pubblica per la propria unità.

FIRME:

- Cliente: Far firmare in questa casella il cliente o il minore che abbia compiuto l'età per il consenso (13 anni per i servizi di salute mentale e legati a droghe e alcol; 14 anni per HIV/AIDS e altre STD; qualsiasi età per il controllo delle nascite e gli aborti; 18 anni per l'assistenza sanitaria e altri documenti) e inserire la data della firma. In questa casella, il cliente può mettere in sostituzione un segno, testimoniato dall'operatore.
- Testimone o notaio: Se il cliente non presenta questo modulo di persona o se un programma richiede una verifica, è possibile che sia necessario un testimone o un notaio per verificare l'identità del cliente. Tale persona deve firmare e indicare a macchina o stampatello il suo nome.
- Genitore o altro rappresentante: Se il cliente è un minore che non ha compiuto l'età per esprimere il consenso, dovrà firmare un genitore o un tutore. Se il minore non ha compiuto l'età per esprimere il consenso per tutti i documenti da condividere, devono firmare sia il minore che il genitore. Se il cliente è stato dichiarato legalmente incapace, il tutore nominato dal tribunale deve firmare e fornire una copia dell'ordinanza di nomina. Se qualcuno sta firmando in base a un'altra capacità (ad esempio, una persona con delega o un rappresentante dell'asse patrimoniale), contrassegnare "altro" e procurarsi una copia dell'autorità legale ad agire. La persona che firma deve apporre la data della firma e fornire un numero di telefono o dati di contatto.