

## Modulo di consenso del paziente per un operatore sanitario partecipante

\_\_\_\_\_ (“\_\_\_\_\_”)

Ho ricevuto il documento intitolato “Brooklyn Health Information Exchange: foglio illustrativo” che spiega come la Brooklyn Health Information Exchange (“BHIX”) lavora, come opera e come posso permettere l’accesso delle mie informazioni mediche a ospedali, istituti di cura, agenzie che assicurano assistenza sanitaria a domicilio e ad altri operatori sanitari che partecipano al programma della BHIX. Se firmo questo modulo nella qualità di rappresentante legale del paziente, tutti i riferimenti in questo modulo espressi sottoforma di “me” o “mio” si riferiscono al paziente.

Ogni operatore finanziario partecipante (“Participating Provider”) impegnato a fornirmi cure mediche deve ottenere il mio consenso separatamente per accedere alle mie informazioni mediche attraverso la BHIX. [\_\_\_\_\_] è un operatore finanziario partecipante al sistema della BHIX. Sono cosciente del fatto che se concedo il mio consenso, autorizzo [\_\_\_\_\_] a includere tutte le persone autorizzate da questa istituzione a servirsi della BHIX, per accedere alle mie informazioni mediche.

1. **Scopo:** sono stato informato/a che le mie informazioni mediche saranno usate solo per fornire un trattamento medico e per valutare e migliorare la qualità delle cure mediche fornite da [\_\_\_\_\_] ai suoi pazienti.
2. **Tipi di informazione:** sono cosciente del fatto che questo consenso permette a [\_\_\_\_\_] di accedere a TUTTE le informazioni mediche, che includono, a titolo informativo e non esaustivo, informazioni delicate relative a:
  - HIV/AIDS
  - Malattie o test genetici
  - Malattie trasmesse sessualmente
  - Stato di salute mentale
  - Trattamenti per uso eccessivo di alcol e droghe
  - Pianificazione familiare
3. **Fonti di informazione sulla salute:** le informazioni alle quali di accede attraverso la BHIX provengono da una varietà di fonti (“Fonti di informazioni sanitarie”). Queste fonti di informazione sanitarie possono includere gli operatori sanitari partecipanti, altri operatori sanitari (quali le farmacie e i laboratori clinici), le assicurazioni sanitarie, il programma Medicaid dello Stato di New York e altri scambi di informazioni sanitarie che si possono trovare al sito [www.bhix.org](http://www.bhix.org). Questo elenco può essere sottoposto a modifiche periodiche, dal momento che la BHIX continua ad ampliare il suo raggio di azione.
4. Questo Consenso permette a [\_\_\_\_\_] di accedere alle informazioni mediche create prima e dopo la data della firma di questo modulo. Sono stato informato che le informazioni che mi riguardano possono essere rivelate a [\_\_\_\_\_] solo nel quadro legale delle leggi e dei regolamenti applicabili. Sono cosciente del fatto che, se concedo il mio consenso, esso rimane valido fino al giorno che si verifica per primo del ritiro del mio consenso o della cessazione delle attività da parte della BHIX.
5. Sono stato informato che, se cambio idea e desidero ritirare il mio consenso, posso firmare un modulo di Ritiro del consenso. Se ritiro il consenso, [\_\_\_\_\_] non sarà più in grado di accedere periodicamente alle mie informazioni mediche attraverso la BHIX, salvo se l’autorizzo di nuovo completando e firmando un nuovo modulo di consenso del paziente. Il ritiro del consenso non influenza lo scambio di informazioni mediche eseguito nel periodo che il mio consenso era valido.
6. Sono cosciente del fatto che se rifiuto di concedere il mio consenso, [\_\_\_\_\_] non avrà accesso alle mie informazioni mediche attraverso la BHIX — *anche in casi di emergenza*.
7. Sono cosciente che la decisione a partecipare al programma BHIX è facoltativa. Nessun operatore partecipante rifiuterà di eseguire cure mediche e la mia idoneità alla protezione dell’assicurazione malattia non saranno influenzate se rifiuto il consenso a partecipare alla BHIX.
8. Sono al corrente che riceverò una copia di questo modulo dopo averlo firmato.

Con la presente:  **Concedo il consenso**  **Rifiuto il consenso**

a [\_\_\_\_\_] di accedere a TUTTE le mie informazioni mediche da tutte le fonti di informazione mediche attraverso la BHIX.

\_\_\_\_\_  
Nome del paziente in caratteri stampa

\_\_\_\_\_  
Data di nascita del paziente

\_\_\_\_\_  
Firma del paziente o del suo legale rappresentante

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Nome del rappresentante legale del paziente in caratteri stampa (se applicabile)

\_\_\_\_\_  
Rapporto di parentela del legale rappresentante del paziente