

Ogg.:

Iscrizione al NYS MIF n°

AUTORIZZAZIONE AL RILASCIO ED ALL'USO DI INFORMAZIONI MEDICHE

Autorizzo ciascuna delle parti identificate sotto, il New York State Medical Indemnity Fund (il "Fund"), compresi i suoi rappresentanti autorizzati, agenti e designati, a far uso ed a divulgare ogni e qualsiasi informazioni medico-sanitaria identificabile su mio figlio/a, _____, come descritto sotto, allo scopo di fornirgli i benefici ed il case management offerti dal Fund. Sono consapevole del fatto che le informazioni su mio figlio/a di cui autorizzo l'uso e la divulgazione possano essere ulteriormente divulgate dalla parte ricevente ai sensi della presente autorizzazione, senza essere più salvaguardate dalla normativa vigente in materia di tutela della privacy.

Autorizzo medici, infermieri, infermieri di pratica avanzata, ausiliari medici, terapeuti occupazionali, fisioterapisti, programmi di intervento precoce, psicologi, assistenti sociali, dietisti, farmacisti, chiroterapeuti e qualsiasi altro personale sanitario autorizzato o altrimenti certificato ai sensi del Titolo VIII della New York State Education Law (o di una legge equivalente in un altro stato o nel distretto di Columbia), ospedali, scuole, programmi prescolari, enti comunitari, programmi statali o federali che hanno fornito, forniscono o possono fornire benefici a mio figlio/a e pagatori terzi a comunicare informazioni mediche o sanitarie identificabili su mio figlio/a, usando qualsiasi mezzo, comprese le comunicazioni scritte, quelle telefoniche e le interviste dirette, indipendentemente dalla mia presenza o notifica di tali comunicazioni, ed autorizzo in modo specifico Alicare Medical Management (AMM) ad avviare ed condurre tali comunicazioni, per conto del Fund, sia che io sia presente o meno, con o senza notifica.

1. **Informazioni cui si applica questa autorizzazione.** Questa autorizzazione si estende a tutte le informazioni mediche, sanitarie, psicologiche e/o psichiatriche, le cartelle cliniche e i rapporti sulle diagnosi, la cura ed il trattamento di mio figlio/a.

Le informazioni su mio figlio/a da divulgare possono comprendere senza limitazioni, anamnesi, note di cartella clinica, ricette, risultati di test diagnostici, rapporti radiografici e documenti ricevuti da altri enti sanitari, comunitari ed educativi.

2. **Divulgazione e ricezione di informazioni ai sensi di questa autorizzazione**

- A. Qualsiasi persona o struttura che si occupa, diagnostica, tratta o esamina mio figlio/a, compresi senza limitazioni i sanitari di base o multidisciplinari gli enti comunitari ed educativi, programmi statali e/o federali che hanno fornito, forniscono o possono fornire benefici a mio figlio/a e pagatori terzi, _____ (specificare l'eventuale nome) è tenuta a mettere le proprie informazioni a disposizione di AMM o di uno qualsiasi dei sui agenti, rappresentanti o appaltatori indipendenti.
- B. A sua volta, senza bisogno di ulteriori autorizzazioni, AMM può divulgare ogni e qualsiasi informazioni medico-sanitaria identificabile di mio figlio/a, che sia stata ottenuta in conformità a questa autorizzazione o meno da qualsiasi persona o ente, ad (a) qualsiasi persona o struttura che si occupa, diagnostica, tratta o esamina mio figlio/a, (b) qualsiasi persona o struttura che coordina i benefici di mio figlio/a, (c) gli appaltatori indipendenti ed ai fornitori di servizi che possono richiedere tali dati per scopi di tipo sanitario, (d) l'ente Social Security Administration o un fornitore della sicurezza sociale o di servizi riabilitativi attitudinali e qualsiasi ente statale, federale o locale necessario a scopi sanitari ed (e) pagatori terzi.



Medical Indemnity Fund

3. **Validità dell'autorizzazione.** Questa autorizzazione è valida per l'intero periodo dell'iscrizione di mio figlio/a al NYS Medical Indemnity Fund, ma non oltre il 18^o compleanno dell'iscritto, purché in quella data l'iscritto sia capace di prendere decisioni mediche autonome.
4. **Revoca dell'autorizzazione.** Salvo quanto altrimenti stabilito dalla normativa federale o statale vigente, sono consapevole di poter revocare questa autorizzazione in qualsiasi momento, notificando per iscritto la mia revoca all'amministratore del Fund, a decorrere dalla data di ricezione della notifica. Sono inoltre consapevole che la revoca di questa autorizzazione non avrà alcun effetto sulle azioni intraprese dall'amministratore del Fund prima della ricezione della relativa notifica.
5. **Evasione delle richieste.** Convengo che questa autorizzazione sia generalmente necessaria ai fini dell'evasione delle richieste di mio figlio/a. Concordo che la mancata sottoscrizione di questa autorizzazione può compromettere o impedire l'evasione di tali richieste.
6. **Rifiuto di firmare.** Sono inoltre consapevole che i fornitori di prestazioni sanitarie di mio figlio/a non penalizzeranno il di lui trattamento, inclusione o idoneità a seguito del mio rifiuto di firmare questa autorizzazione.

So di avere diritto di richiedere e ricevere una copia di questa autorizzazione. Ho diritto di esaminare in qualsiasi momento le informazioni divulgate. La fotocopia di questa autorizzazione avrà la stessa validità e accettazione della copia originale.

Firma dell'iscritto o del suo rappresentante

Indirizzo dell'iscritto

Nome in stampatello dell'iscritto o del suo rappresentante

Eventuale rapporto intercorrente tra l'iscritto ed il suo rappresentante

Numero di sicurezza sociale dell'iscritto

Data dell'autorizzazione

Data di nascita dell'iscritto