

## Autorizzazione al rilascio della cartella clinica (Noto anche come Informazioni sanitarie protette)

Nome paziente: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Autorizzo il lato positivo per divulgare informazioni dal mio record clinico, che può includere, ma non limitato a, informazioni sulla diagnosi psichiatrica, trattamento e/o farmaci prescritti al nominato individuo o entità elencati di seguito tramite il seguente mezzo (selezionarne uno):

E-mail       Fax

Nome: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Cc: \_\_\_\_\_

Comprendo che la mia cartella clinica può contenere, ma non essere limitata a: un riepilogo della mia storia medica; orari e date del trattamento; informazioni sulle mie esperienze familiari e sociali pertinenti al mio trattamento; risultati dei test clinici; farmaci prescritti; riepilogo delle diagnosi e dei sintomi; e note sul trattamento. Se ci sono elementi del mio record che vorrei oscurare, dovrei contattare il team dei servizi per i membri di Brightside.

Comprendo che la mia cartella clinica può includere informazioni relative a malattie sessualmente trasmissibili, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), virus dell'immunodeficienza umana (HIV) o test genetici.

Sì, acconsento al rilascio della presente informativa.       NO, per favore, cancella queste informazioni dal mio record prima di divulgarle.

Comprendo che la mia cartella clinica può includere informazioni relative all'uso e/o abuso di sostanze, come droghe e alcol.

Sì, acconsento al rilascio della presente informativa.       NO, per favore, cancella queste informazioni dal mio record prima di divulgarle.

Lo scopo/motivo di questo rilascio di informazioni è il seguente:

\_\_\_\_\_  
(breve descrizione)

1. Sono consapevole che, salvo revoca, la presente autorizzazione scadrà dopo 180 giorni dalla data della firma. Una fotocopia del presente modulo sarà considerata valida quanto l'originale.
2. Comprendo che posso revocare la presente autorizzazione in qualsiasi momento mediante notifica scritta a Brightside, e tale autorizzazione cesserà di essere effettiva alla data notificata, tranne nella misura in cui sia già stata intrapresa un'azione facendo affidamento su di essa.
3. Comprendo che le informazioni utilizzate o divulgate ai sensi della presente autorizzazione potrebbero essere soggette a nuova divulgazione da parte del destinatario e non essere più protette dalle normative federali sulla privacy. Tuttavia, altre leggi statali o federali potrebbero vietare al destinatario di divulgare informazioni particolarmente protette, come informazioni sul trattamento dell'abuso di sostanze e/o informazioni sulla salute mentale.
4. Sono consapevole che il mio rifiuto di firmare la presente Autorizzazione non metterà a repentaglio il mio diritto a ottenere cure presenti o future per disabilità psichiatriche, tranne nei casi in cui la divulgazione delle informazioni sia necessaria per il trattamento.
5. La mia assistenza sanitaria e il pagamento per la mia assistenza sanitaria a Brightside non saranno influenzati se non firmo questo modulo.
6. Capisco che posso richiedere una copia di questo modulo dopo averlo firmato.
7. Riconosco che Brightside può richiedere la verifica della mia identità prima di onorare questa liberatoria e che il mancato rispetto tempestivo dei requisiti di verifica dell'identità causerà un ritardo nell'elaborazione di questa liberatoria.
8. Riconosco che Brightside non è responsabile per la divulgazione impropria di documenti derivante da qualsiasi disinformazione che potrei aver fornito durante la compilazione di questo modulo.
9. Sono consapevole che la mia cartella clinica può contenere referti, diagnosi, note e altre informazioni che solo un medico qualificato può interpretare. Comprendo e mi è stato consigliato di contattare il mio fornitore di Brightside per domande riguardanti le voci inserite nella mia cartella clinica per evitare malintesi sulle informazioni contenute in tali voci. Non riterrò Brightside, i suoi fornitori, dipendenti o associati responsabili per qualsiasi interpretazione errata delle informazioni nella mia cartella clinica a seguito della mancata consultazione del mio fornitore per la corretta interpretazione.

### Firma:

Selezionando questa casella e digitando il mio nome qui sotto, firmo elettronicamente questa liberatoria.

\_\_\_\_\_

# Brightside

**Autorizzazione al rilascio della cartella clinica**  
(Noto anche come Informazioni sanitarie protette)

Firma del paziente o del tutore legale

Data

---

Rapporto con il paziente (se tutore legale)