

**MODULO DI CONSENSO PER SCAMBIO DI INFORMAZIONI SANITARIE, CARE
EVERYWHERE E HEALTHIX
HEALTH INFORMATION EXCHANGE, CARE EVERYWHERE
AND HEALTHIX CONSENT FORM**

In questo modulo di consenso, Lei può decidere se autorizzare i fornitori di servizi medico-sanitari elencati sul sito web del sistema di scambio di informazioni sanitarie ("HIE") di NYU Langone Health System <http://health-connect.med.nyu.edu/> ("Partecipanti al sistema HIE") e i fornitori sanitari non associati con NYU Langone, che possano chiedere di visionare le Sue cartelle cliniche per finalità associate alla terapia corrente ("Fornitori Care Everywhere"), ad accedere alle Sue cartelle cliniche attraverso una rete informatica gestita dal sistema HIE. Affinché un Fornitore Care Everywhere possa consultare i dati disponibili mediante il sistema HIE, è necessario che Lei comunichi di essere stato/a o di essere un/a paziente di un Partecipante al sistema HIE e che tali dati possano essere messi a disposizione su richiesta. Questa prassi permette di raccogliere i dati sanitari presenti nelle varie strutture presso cui usufruisce dell'assistenza sanitaria e di metterli a disposizione dei fornitori che la stanno curando.

In this Consent Form, you can choose whether to allow the health care providers listed on the NYU Langone Health System Health Information Exchange ("HIE") website <http://health-connect.med.nyu.edu/> ("HIE Participants") and non-NYU Langone health providers who may request access to your medical records for purposes of current treatment ("Care Everywhere Providers") to obtain access to your medical records through a computer network operated by the HIE. In order for a Care Everywhere Provider to know that information may be available through the HIE, you must tell them that you were/are a patient of an HIE Participant and that such information may be available upon request. This can help collect the medical records you have in different places where you get health care, and make them available to the providers treating you.

Può inoltre utilizzare questo modulo di consenso per concedere o negare il consenso a dipendenti, agenti o membri degli staff sanitari del NYU Langone Health System e degli enti affiliati di visionare e accedere alle Sue cartelle cliniche elettroniche mediante Healthix, un sistema di scambio delle informazioni sanitarie, oppure tramite Regional Health Information Organization, un'organizzazione senza fini di lucro riconosciuta dallo Stato di New York. Anche questa prassi permette di raccogliere i dati sanitari presenti nelle varie strutture presso cui usufruisce dell'assistenza sanitaria e di metterli a disposizione in forma elettronica dei fornitori che la stanno curando. Con questo consenso inoltre autorizza qualsiasi programma di NYU Langone Health System e degli enti affiliati di cui Lei è paziente o membro ad accedere ai Suoi dati tramite altri Suoi fornitori di servizi medico-sanitari autorizzati a divulgare dati mediante Healthix. Un elenco completo delle attuali fonti dei dati Healthix è disponibile presso Healthix e può essere ottenuto in qualsiasi momento consultando il sito web Healthix all'indirizzo <http://www.healthix.org> oppure chiamando il numero 877-695-4749. Può chiedere al Suo fornitore di stamparle questo elenco da questo sito web.

You may also use this Consent Form to decide whether or not to allow employees, agents or members of the medical staffs of NYU Langone Health System and affiliated entities to see and obtain access to your electronic health records through Healthix, which is a Health Information Exchange, or Regional Health Information Organization, a not-for-profit organization recognized by the state of New York. This can also help collect the medical records you have in different places where you get healthcare, and make them available electronically to the providers treating you. This consent also gives your permission for any NYU Langone Health System and affiliated entities program in which you are a patient or member, to access your records from your other healthcare providers authorized to disclose information through Healthix. A complete list of current Healthix Information Sources is available from Healthix and can be obtained at any time by checking the Healthix website at <http://www.healthix.org> or by calling 877-695-4749. Upon request, your provider will print this list for you from this website.

LA SUA SCELTA NON PREGIUDICA IN ALCUN MODO LA POSSIBILITÀ DI USUFRUIRE DELLE CURE MEDICHE O DELLA COPERTURA ASSICURATIVA SANITARIA. LA SUA SCELTA DI DARE O NEGARE IL CONSENSO NON COSTITUISCE INFATTI UN PRESUPPOSTO PER LA MANCATA FORNITURA DEI SERVIZI SANITARI.

YOUR CHOICE WILL NOT AFFECT YOUR ABILITY TO GET MEDICAL CARE OR HEALTH INSURANCE COVERAGE. YOUR CHOICE TO GIVE OR TO DENY CONSENT MAY NOT BE THE BASIS FOR DENIAL OF HEALTH SERVICES.

I sistemi HIE ed Healthix condividono informazioni sulla salute dei pazienti in forma elettronica e in maniera sicura per migliorare la qualità dei servizi sanitari. Questo tipo di condivisione viene definito ehealth o tecnologia informatica sanitaria. Per saperne di più sulla ehealth nello Stato di New York, legga l'opuscolo "Una migliore informazione significa un'assistenza migliore". Può chiedere al Suo fornitore di servizi medico-sanitari di procurarglielo oppure può visitare il sito web www.ehealth4ny.org.

The HIE and Healthix share information about people's health electronically and securely to improve the quality of health care services. This kind of sharing is called ehealth or health information technology. To learn more about ehealth in New York State, read the brochure, "Better Information Means Better Care". You can ask your health care provider for it, or go to the website www.ehealth4ny.org.

PRIMA DI DECIDERE, LEGGA ATTENTAMENTE LE INFORMAZIONI RIPORTATE NEL FOGLIO INFORMATIVO.

Le Sue opzioni di consenso. Può compilare questo modulo ora o in un momento successivo. Ha a disposizione le seguenti scelte:

PLEASE CAREFULLY READ THE INFORMATION ON THE FACT SHEET BEFORE MAKING YOUR DECISION.

Your Consent Choices. You can fill out this form now or in the future. You have the following choices:

Barri una delle caselle in basso:

Please check one box below:

1. **DO IL CONSENSO** a TUTTI i Partecipanti al sistema HIE **elencati sul sito web HIE** ed ai Fornitori Care Everywhere di accedere a TUTTI i miei dati sanitari in formato elettronico tramite il sistema HIE, così come **DO IL CONSENSO** anche a TUTTI i dipendenti, agenti e membri degli staff sanitari di NYU Langone Health System e degli enti affiliati di accedere a TUTTI i miei dati sanitari in formato elettronico tramite il sistema HEALTHIX in relazione a qualsiasi delle finalità consentite descritte nel foglio informativo, tra cui la fornitura di servizi medico-sanitari, inclusi quelli di emergenza.

1. **I GIVE CONSENT** to ALL of the HIE Participants **listed on the HIE website** and Care Everywhere Providers to access ALL of my electronic health information through the HIE and **I GIVE CONSENT** to ALL employees, agents and members of the medical staffs of NYU Langone Health System and affiliated entities to access ALL of my electronic health information through HEALTHIX in connection with any of the permitted purposes described in the fact sheet, including providing me any health care services, including emergency care.

2. **NEGO IL CONSENSO** a TUTTI i Partecipanti al sistema HIE **elencati sul sito web HIE** ed ai Fornitori Care Everywhere di accedere ai miei dati sanitari in formato elettronico tramite il sistema HIE, così come **NEGO IL CONSENSO** anche ai dipendenti, agenti e membri degli staff sanitari di NYU Langone Health System e degli enti affiliati di accedere ai miei dati sanitari in formato elettronico tramite il sistema HEALTHIX per qualsiasi motivo, *neppure in caso di emergenza*.

2. **I DENY CONSENT** to the HIE Participants **listed on the HIE website** and Care Everywhere Providers to access my electronic health information through the HIE and **I DENY CONSENT** to employees, agents and members of the medical staffs of NYU Langone Health System and affiliated entities to access my electronic health information through HEALTHIX for any purpose, *even in a medical emergency*.

NOTA: A MENO CHE LEI NON BARRI LA CASELLA "NEGO IL CONSENSO", la legge dello Stato di New York consente ai sanitari che dovessero assisterLa in un'emergenza di accedere alle Sue cartelle cliniche, incluse quelle disponibili tramite i sistemi HIE e HEALTHIX. SE NON FA UNA SCELTA, le cartelle non saranno condivise se non in caso di emergenza, così come consentito dalla legge dello Stato di New York.

NOTE: UNLESS YOU CHECK THE "I DENY CONSENT" BOX, New York State law allows the people treating you in an emergency to get access to your medical records, including records that are available through the HIE and HEALTHIX. IF YOU DON'T MAKE A CHOICE, the records will not be shared except in an emergency as allowed by New York State Law.

Nome in stampatello del/la paziente
Print Name of Patient

Data di nascita del/la paziente
Patient's Date of Birth

Data
Date

Firma del/la paziente o del suo rappresentante
legale
Signature of Patient or Patient's Legal
Representative

Nome in stampatello del rappresentante legale e relazione
(se applicabile)
Print Name of Legal Representative and Relationship (if
applicable)

Foglio informativo su NYU Langone HIE, Care Everywhere e Healthix

Caratteristiche dei dati del/la paziente scambiati tramite HIE, Care Everywhere e Healthix e della procedura di consenso:

- 1. Come verranno utilizzati i Suoi dati.** I Suoi dati sanitari in formato elettronico verranno utilizzati dai Partecipanti al sistema HIE e dai Fornitori Care Everywhere solo per:
- FornirLe un trattamento medico e servizi correlati.
 - Verificare che Lei sia in possesso di un'assicurazione sanitaria e l'ambito di copertura della stessa.
 - Valutare e migliorare la qualità dell'assistenza medica fornita a tutti i pazienti.

Salvo quanto disposto dalle leggi statali e federali e se autorizzato dal sistema Healthix, i Suoi dati sanitari in formato elettronico potranno essere resi noti, consultati e utilizzati dai piani assicurativi sanitari NYU Langone Health esclusivamente per:

- Fornire attività di gestione delle cure. Queste includono l'assistenza offerta nell'ottenere cure mediche appropriate, il miglioramento della qualità dei servizi medico-sanitari che Le vengono forniti, il coordinamento dell'erogazione di più servizi medico-sanitari che Le vengono forniti o il sostegno offerto nel seguire un piano di assistenza medica.
- Fornire attività di miglioramento della qualità. Queste includono la valutazione e il miglioramento della qualità delle cure mediche che vengono fornite a Lei e a tutti i pazienti e membri di NYU Langone Health.

NOTA: la scelta da Lei espressa in questo modulo di consenso NON consente alle compagnie assicurative sanitarie di accedere ai Suoi dati per decidere se erogarLe l'assicurazione sanitaria o se pagare le Sue fatture. Può operare questa scelta in un modulo di consenso separato utilizzato dalle compagnie assicurative sanitarie.

- 2. Quale genere di dati che La riguardano saranno inclusi.** Fornendo il Suo consenso, i Partecipanti al sistema HIE e i Fornitori Care Everywhere potranno accedere a TUTTI i Suoi dati sanitari in formato elettronico disponibili tramite il sistema HIE, e tutti i dipendenti, gli agenti e i membri dello staff sanitario di NYU Langone Health System e degli enti affiliati potranno accedere a TUTTI i Suoi dati sanitari in formato elettronico disponibili tramite Healthix. Questi includono i dati creati prima e dopo la data del presente modulo di consenso. Le Sue cartelle cliniche possono includere l'anamnesi di malattie o traumi che ha subito (come il diabete o una frattura), gli esiti degli esami effettuati (come le radiografie o gli esami del sangue) e l'elenco dei farmaci che ha assunto. Queste informazioni possono riguardare aspetti sensibili della vita di un individuo, tra cui a titolo esemplificativo:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Problemi di abuso di alcol o droga compresi, a titolo esemplificativo, diagnosi, trattamento, informazioni diagnostiche, storia clinica, note cliniche e foglio di dimissione• Utilizzo di anticoncezionali e casi di aborto (pianificazione familiare) | <ul style="list-style-type: none">• Terapie di igiene mentale• Allergie• Esami o malattie genetiche (ereditarie)• Malattie trasmesse per via sessuale• HIV/AIDS |
|--|---|

- 3. Da dove provengono i dati sanitari che La riguardano.** I dati che La riguardano provengono da strutture che Le hanno fornito assistenza sanitaria o un'assicurazione sanitaria ("Fonti dei dati"). Queste strutture includono ospedali, studi medici, farmacie, laboratori clinici, compagnie assicurative sanitarie, enti che erogano il programma Medicaid e altre organizzazioni ehealth che scambiano dati sanitari in forma elettronica. Un elenco completo delle attuali Fonti dei dati HIE è disponibile presso NYU Langone Health System o il Suo fornitore di servizi medico-sanitari compreso tra i Partecipanti al sistema HIE, se applicabile. Può ottenere un elenco aggiornato delle Fonti dei dati in qualsiasi momento consultando il sito web HIE <http://health-connect.med.nyu.edu/>. **Può contattare il Responsabile della privacy di NYU Langone Health scrivendo a: NYU Langone Health, Privacy Officer, One Park Ave, 3rd Floor, New York, NY 10016 oppure chiamando il numero 212-404-4079. Un elenco completo delle attuali Fonti dei dati Healthix è disponibile presso Healthix e può essere ottenuto in qualsiasi momento consultando il sito web Healthix all'indirizzo <http://www.healthix.org> oppure chiamando Healthix al numero 877-695-4749.**
- 4. Chi può accedere ai Suoi dati nel caso in cui Lei dia il consenso.** "NYU Langone Health System ed enti affiliati" così come è utilizzato nel presente modulo di consenso si riferisce a ospedali NYU Langone, NYU School of Medicine, Family Health Center presso NYU Langone, NYU Winthrop Hospital e affiliati sanitari di NYU Winthrop. Possono accedere ai Suoi dati solo i soggetti seguenti di queste strutture: medici ed altri operatori sanitari che operano nello staff sanitario di un Partecipante al sistema HIE, di un Partecipante al sistema Healthix o di un Fornitore Care Everywhere approvato che Le forniscono assistenza medica; fornitori di servizi medico-sanitari che sostituiscono o sono reperibili al posto di medici di un Partecipante al sistema HIE o di un Fornitore Care Everywhere approvato; personale designato coinvolto in attività di miglioramento della qualità o di gestione delle cure; e membri dello staff di un Partecipante al sistema HIE o di un Fornitore Care Everywhere approvato che svolgono attività autorizzate dal presente modulo di consenso secondo quanto descritto nel precedente paragrafo 1.
- 5. Penali in caso di accesso o di utilizzo improprio dei Suoi dati.** L'accesso o l'utilizzo improprio dei Suoi dati sanitari in formato elettronico viene punito. Se in qualsiasi momento dovesse sospettare che qualcuno abbia visionato o avuto accesso ai Suoi dati in maniera impropria, contatti uno dei Partecipanti al sistema HIE o Fornitori Care Everywhere che Lei ha autorizzato ad accedere alle Sue cartelle; visiti il sito web HIE: <http://health-connect.med.nyu.edu/> oppure chiami il NYS Department of Health al numero 877-690-2211. Se in qualsiasi momento dovesse sospettare che qualcuno abbia visionato o avuto accesso ai Suoi dati in maniera impropria tramite Healthix, chiami Healthix al numero: 877-695-4749; oppure visiti il sito web Healthix: <http://www.healthix.org>; oppure chiami il NYS Department of Health al numero 877-690-2211.
- 6. Ritrasmissione dei dati.** Tutti i dati sanitari in formato elettronico che La riguardano possono essere divulgati a terzi da un Partecipante al sistema HIE o da un Fornitore Care Everywhere solo nella misura consentita dalle leggi e dai regolamenti statali e federali. Lo stesso si applica ai dati sanitari esistenti in forma cartacea. Come dichiarato nel precedente paragrafo 2, se Lei fornisce il consenso, TUTTI i Suoi dati sanitari in formato elettronico, compresi i dati sanitari sensibili, saranno resi disponibili tramite i sistemi HIE e Healthix. Alcune leggi statali e federali prevedono forme di tutela particolari per alcuni tipi di dati sanitari sensibili, tra cui quelli relativi a: (i) valutazione, trattamento o esame di una Sua patologia da parte di alcuni fornitori; (ii) HIV/AIDS; (iii) malattia mentale; (iv) ritardo mentale e disturbi dello sviluppo; (v) abuso di sostanze; ed (vi) esami per la valutazione della predisposizione a malattie genetiche. Ogni qual volta un paziente è oggetto di questo genere di dati sanitari sensibili, l'ottemperanza a queste forme di tutela speciali è obbligatoria. I sistemi HIE e Healthix e le persone, compresi i Fornitori Care Everywhere, che accedono a questi dati attraverso questi sistemi di scambio delle informazioni sono tenuti ad ottemperare a tali requisiti.
- 7. Periodo di validità.** Questo modulo di consenso rimarrà valido fino al giorno in cui Lei non ritirerà il consenso o fino al momento in cui il sistema HIE smetterà di operare oppure fino a 50 anni dalla Sua morte, a seconda della circostanza che si verifichi per ultima.

- 8. Ritiro del consenso.** Può ritirare il Suo consenso in qualsiasi momento firmando un nuovo modulo di consenso e scegliendo l'opzione **NEGO IL CONSENSO**. Può ottenere questi moduli sul sito web HIE <http://health-connect.med.nyu.edu/>. Una volta compilati, li trasmetta via fax al numero 917-829-2096 o li recapiti al Suo fornitore.

Nota: le organizzazioni, compresi i Fornitori Care Everywhere, che accedono ai Suoi dati sanitari tramite il sistema HIE e/o Healthix quando è in vigore il Suo consenso possono copiare o includere i Suoi dati nelle proprie cartelle cliniche. Anche se in seguito deciderà di ritirare il Suo consenso, queste non saranno tenute a restituirli o rimuoverli dalle proprie cartelle.

- 9. Rifiuto di selezionare una casella (di fare una scelta).** A meno che Lei non barri la casella "**NEGO IL CONSENSO**", la legge dello Stato di New York consente ai sanitari che dovessero assisterLa in un'emergenza di accedere alle Sue cartelle cliniche, incluse quelle disponibili tramite il sistema HIE. Se non fa una scelta, le cartelle non saranno condivise se non in caso di emergenza, così come consentito dalla legge dello Stato di New York.
- 10. Copia del modulo.** Ha il diritto di ottenere una copia del presente modulo di consenso dopo averlo firmato.
- 11. Rischi derivanti dalla negazione del consenso.** Se nega il consenso ai Partecipanti al sistema HIE e ai Fornitori Care Everywhere di accedere ai Suoi dati tramite i sistemi HIE e Healthix, i Suoi fornitori di servizi medico-sanitari potrebbero non accedere in maniera tempestiva a dati sanitari fondamentali che La riguardano ottenuti durante un consulto precedente.