

## Modulo di autorizzazione PHI di DDS INC

Richiesta a DDS Inc. di divulgare PHI per:

Numero di previdenza sociale dell'iscritto \_\_\_\_\_ Relazione con l'iscritto \_\_\_\_\_  
(Sé, coniuge o persona a carico)  
Nome \_\_\_\_\_  
(Ultimo) (Primo) (Mid. Init)  
Sponsor del piano \_\_\_\_\_  
(nome del gruppo o sindacato locale n.)

Persona autorizzata:

Autorizzo DDS Inc. a divulgare le mie PHI alla seguente persona:

Nome \_\_\_\_\_  
(Ultimo) (Primo) (Mid. Init)

Indirizzo \_\_\_\_\_

Rapporto con il paziente \_\_\_\_\_

Finalità o utilizzo della divulgazione:

Lo scopo o gli scopi per i quali la persona autorizzata sopra menzionata può avere accesso alle mie PHI (seleziona tutte le risposte pertinenti)

qualsiasi scopo		coordinamento dei benefici		eleggibilità		reclami o ricorsi dentistici	
pagamento o fatturazione		copertura		preautorizzazione		limitazioni, esclusioni o co-pagamenti	

altro (spiegare) \_\_\_\_\_

Periodo di efficacia del presente modulo:

Questa autorizzazione è valida per il periodo indicato di seguito: (Selezionare solo uno)

\_\_\_ fintanto che ho diritto alle prestazioni odontoiatriche in base al mio attuale sponsor del piano

\_\_\_ solo fino a quando le informazioni richieste non vengono fornite alla persona autorizzata su questo modulo

\_\_\_ fino a \_\_\_\_\_ (fornire una data o un evento)

\_\_\_ fino a quando non lo annullo inviando un modulo di annullamento dell'autorizzazione

Riconosco di aver avuto la piena opportunità di leggere e considerare il contenuto di questo modulo di autorizzazione e l'informativa sulla privacy di DDS. (allegato) Comprendo che firmando questo modulo autorizzo DDS Inc. a utilizzare e divulgare le mie PHI alla persona indicata come persona autorizzata. Riconosco inoltre che a questa persona potrebbe non essere richiesto di trattare queste informazioni come riservate.

Firma \_\_\_\_\_

Data della firma \_\_\_\_\_

***SCOPO DEL PRESENTE MODULO-*** A partire dal 14 aprile 2003 il Dipartimento della salute e dei servizi umani, ai sensi delle normative HIPAA, ha modificato gli standard sull'uso e la divulgazione delle cartelle cliniche. Affinché DDS Inc possa utilizzare o divulgare le tue informazioni sanitarie protette (PHI) a qualcuno diverso da te, devi completare questo modulo di autorizzazione e restituirlo all'indirizzo sopra indicato. Ad eccezione di quanto consentito dalla legge, DDS Inc. non può divulgare le Sue PHI a soggetti diversi da quelli specificati in questo modulo.