

**SEZIONE 6: CONSENSO PER LA DIVULGAZIONE DI INFORMAZIONI SANITARIE PERSONALI /
SECTION 6: CONSENT TO DISCLOSE PERSONAL HEALTH INFORMATION**

Da completare per qualsiasi tipo di impegnativa (dell'Assistente sociale / del Personale addetto alle dimissioni ospedaliere / del Case Manager) /
To be completed for all referrals (by Social Worker/Discharge Planner/Case Manager):

Accento a che _____ divulghi le mie informazioni sanitarie personali allo scopo di emettere un'impegnativa.
(Nome dell'istituzione che divulga le informazioni)
(Name of facility disclosing information)

Istituzioni alle quali si riferisce l'impegnativa / Organizations referred to:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Baycrest
Baycrest | <input type="checkbox"/> Ospedale Markham Stouffville
Markham Stouffville Hospital | <input type="checkbox"/> Ospedale Toronto East
Toronto East General Hospital | <input type="checkbox"/> Centro Sanitario William Osler
William Osler Health Centre |
| <input type="checkbox"/> Cure Sanitarie Bridgepoint
Bridgepoint Health | <input type="checkbox"/> Cure Sanitarie Provvidenza
Providence Healthcare | <input type="checkbox"/> Centro di Cure Toronto Grace
Toronto Grace Health Centre | <input type="checkbox"/> Ospedale Centrale York
York Central Hospital |
| <input type="checkbox"/> Ospedale Credit Valley
Credit Valley Hospital | <input type="checkbox"/> Sistema di Cure Rouge Valley
Rouge Valley Health System | <input type="checkbox"/> Riabilitazione Toronto
Toronto Rehab | <input type="checkbox"/> Altri (si prega di specificare)
Other (specify) |
| <input type="checkbox"/> Cure Sanitarie Halton
Halton Healthcare Services | <input type="checkbox"/> Centro Sanitario Regionale Southlake
Southlake Regional Health Centre | <input type="checkbox"/> Centro Sanitario Trillium
Trillium Health Centre | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cure Sanitarie Lakeridge
Lakeridge Health | <input type="checkbox"/> Ospedale di Riabilitazione St. John's
St. John's Rehab Hospital | <input type="checkbox"/> Centro Sanitario West Park
West Park Healthcare Centre | |

Nome del paziente, scrivere in stampatello / Print Name of Patient: _____

Firma del paziente / sostituto / Signature of Patient/Substitute: _____

Nome del sostituto: (Scrivere il nome in stampatello) / Name of Substitute (Print name): _____

Relazione con il paziente, se firmato dal sostituto / Relationship to patient, if signed by Substitute: _____

- Sì, un interprete era presente quando è stato dato il consenso. / Yes, an interpreter was used when consent was obtained.
 Non era necessaria la presenza di un interprete. / No interpreter was required.

Data (AAAA/MM/GG) / Date (YYYY/MM/DD): _____