

Gli operatori sanitari possono registrare il consenso volontario orale o adattare questo formulario esemplificativo per l'uso.

Consenso per la partecipazione al Registro cittadino delle vaccinazioni (CIR) per persone di età pari o superiore ai 19 anni

Il Registro cittadino delle vaccinazioni (Citywide Immunization Registry, CIR) della Città di New York è un sistema computerizzato e riservato che permette agli utenti autorizzati di accedere ai registri delle vaccinazioni di una persona. Le severe leggi federali e statali garantiscono la privacy dei dati personali contenuti nel sistema. Ecco alcuni vantaggi derivanti dalla partecipazione al CIR:

- Il tuo operatore sanitario può utilizzare il CIR per assicurarsi che tu riceva tutte le vaccinazioni necessarie, oltre agli altri trattamenti medici raccomandati.
- Il CIR offre un registro permanente e facilmente accessibile relativo alle vaccinazioni effettuate.

La partecipazione al CIR è volontaria per le persone di età pari o superiore ai 19 anni, pertanto non si verrà iscritti se non si compila questo modulo di consenso. Se si desidera partecipare, leggere attentamente la dichiarazione sottostante e firmare nell'apposito spazio. Per ulteriori informazioni su questo consenso, chiamare il numero 347-396-2400.

Dichiarazione di consenso

Do il mio consenso affinché _____ (nome del medico o dell'organizzazione) comunichi le mie vaccinazioni e i miei dati identificativi al Registro cittadino delle vaccinazioni (CIR) della Città di New York. Comprendo che lo scopo del CIR è quello di agevolare la mia assistenza medica e di registrare le vaccinazioni che ho ricevuto o che riceverò in futuro. I dati relativi alle mie vaccinazioni possono essere utilizzati dal Dipartimento per la salute e l'igiene mentale della Città di New York per scopi di miglioramento della qualità, ricerca epidemiologica e controllo delle malattie. Le informazioni utilizzate per il miglioramento della qualità o per scopi di ricerca saranno rimosse dai miei dati personali di identificazione.

I dati sulle vaccinazioni contenuti nel CIR possono essere comunicati a: me stesso, il mio piano di assicurazione sanitaria, i dipartimenti sanitari statali e locali, la scuola a cui sono iscritto e i fornitori di servizi medici autorizzati che forniscono le mie cure mediche.

Sono consapevole che non ci sarà nessun effetto sul mio trattamento, sul pagamento o sull'iscrizione alle prestazioni qualora decidessi di non iscrivermi al CIR. Il presente consenso può essere revocato in qualsiasi momento utilizzando il modulo apposito. Le informazioni sulle vaccinazioni ricevute dal CIR in base al mio consenso resteranno nel CIR anche se in futuro deciderò di revocare il mio consenso. Tuttavia, in caso di revoca del consenso, le future vaccinazioni non saranno registrate nel CIR.

Nome in stampatello

Data di nascita

Firma

Data