

AUTORISATION DE DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS SUR LES SOINS DE SANTÉ 2024

Nom : _____ Date de naissance : _____

Nom utilisé lors du traitement (s'il est différent du nom ci-dessus) : _____

COCHEZ L'OPTION QUI DÉCRIT LE MIEUX LES RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ PROTÉGÉS QUE VOUS SOUHAITEZ PARTAGER

- Dossiers médicaux **et** les renseignements **verbaux** à partager entre HRCHC et une autre entité identifiée, un membre de la famille, un ami, un tuteur, soi-même ou un autre représentant.
- Renseignement verbal à partager **uniquement** avec un membre de la famille, un ami, un tuteur ou un autre représentant.

La permission n'est pas nécessaire pour la prise de rendez-vous.

J'autorise :

la **TRANSMISSION** des renseignements relatifs à mes soins de santé à :

l'**OBTENTION** des renseignements relatifs à mes soins de santé auprès de :

Nom de la personne ou de l'entité : _____

Adresse postale : _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Objet de la communication des renseignements (cochez toutes les cases correspondantes) :

Usage personnel Fins légales Transfert de soins Coordination des soins

Autre : _____

Identifier les dossiers médicaux ou les autorisations verbales qui doivent être inclus dans les renseignements de santé protégés :

Notes de visite au cabinet Résultats de laboratoire/pathologie Résultats d'imagerie Documents hospitaliers

Rapports de consultants Dossiers de santé comportementale HRCHC Vaccinations Diagnostic

Dossiers dentaires : Notes et imagerie Autres : _____

Enregistrements pour ces dates : De : À :

OU

Dossier médical complet (HRCHC divulguera les dossiers médicaux physiques ou numériques des 3 dernières années, à moins que d'autres dates ne soient indiquées ci-dessus).

Cochez cette case si vous souhaitez consulter les enregistrements avant qu'ils ne soient publiés. Veuillez prendre rendez-vous pour consulter les dossiers dans notre bureau avant qu'ils ne soient divulgués.

AUTORISATION DE DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS SUR LES SOINS DE SANTÉ 2024

Nom : _____ Date de naissance : _____

Si j'ai été diagnostiqué ou traité pour l'une des raisons suivantes, je comprends que HealthReach Community Health Centers a besoin de mon consentement spécifique. Indiquez si vous autorisez ou non la divulgation de renseignements de santé protégés pour chacun des éléments suivants en apposant vos initiales dans la case appropriée.

J'AUTORISE	JE N'AUTORISE PAS	Autoriser la divulgation de renseignements de santé protégés concernant le traitement des TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES, LES DOSSIERS DU PROGRAMME ET LES RENSEIGNEMENTS PROTÉGÉS PAR LE RÈGLEMENT 42 C.F.R, PARTIE 2.
initiales	initiales	
J'AUTORISE	JE N'AUTORISE PAS	Autoriser la divulgation des renseignements de santé protégés concernant le traitement <u>à l'extérieur</u> de HRCHC MENTAL HEALTH AND BEHAVIORAL HEALTH . Je comprends que j'ai le droit d'examiner à tout moment raisonnable tout dossier médical contenant des renseignements de santé protégés relatifs à ma santé mentale et comportementale et conservé par des établissements ou agences de santé mentale agréés avant de décider d'autoriser la divulgation sur ce formulaire.
initiales	initiales	
J'AUTORISE	JE N'AUTORISE PAS	Autoriser la divulgation de RENSEIGNEMENTS SUR LE VIH, Y COMPRIS les résultats des tests. Je comprends qu'il existe des risques potentiels associés à la divulgation de renseignements sur le VIH, y compris, mais sans s'y limiter, la discrimination et les changements dans les relations familiales et sociales.
initiales	initiales	

Je comprends que :

- Je peux retirer mon consentement à tout moment en remplissant un formulaire de révocation disponible au centre de santé. Toutefois, toute personne ayant utilisé des renseignements communiqués ou reçus dans le cadre de l'autorisation initiale ne peut être tenue pour responsable de la violation de mon droit à la confidentialité de mes renseignements médicaux. La décision de retirer mon consentement à la communication des dossiers peut toutefois entraîner le refus de prestations de santé ou de couverture d'assurance ou d'autres événements défavorables.
- Je peux refuser de divulguer tout ou partie de mes dossiers. Mais si je le fais, cela pourrait entraîner un diagnostic ou un traitement inapproprié, un refus de couverture ou une demande de prestations de santé ou d'autres assurances, ou d'autres conséquences négatives. Les dossiers partiels ou incomplets seront étiquetés comme tels afin d'informer le fournisseur qui les reçoit de leur statut. Le centre de santé ne refusera pas le traitement si je fournis ce formulaire d'autorisation ou si je retire mon consentement à la divulgation de renseignements de santé protégés.
- J'ai le droit de recevoir une copie de ce formulaire d'autorisation.
- Il est possible que les renseignements divulgués en vertu de la présente autorisation soient divulgués à nouveau par les personnes ou entités qui les reçoivent et que, de ce fait, les renseignements ne soient plus protégés.
- J'autorise HRCHC à utiliser ce formulaire pour procéder à des divulgations supplémentaires de renseignements autorisés par ce formulaire.

Ce formulaire **expirera un an** après la date de signature, sauf si je révoque mon autorisation plus tôt ou si j'indique une date d'expiration antérieure inscrire la date ici :

Je, soussigné(e), autorise par la présente HealthReach Community Health Centers et ses employés ou agents désignés à divulguer/obtenir/discuter des renseignements médicaux contenus dans mon dossier médical.

Signature du patient/représentant autorisé

Date

Lien

Nom en lettres moulées : _____ Téléphone : _____

*** La signature d'un représentant autorisé certifie à HRCHC que cette personne a l'autorité légale indiquée pour autoriser la divulgation des renseignements et des dossiers du patient au nom de ce dernier.

Si cette autorisation permet la divulgation de renseignements relatifs au programme de lutte contre les troubles liés à l'utilisation de substances, protégés par le règlement 42 C.F.R., partie 2 :

Avis au destinataire de l'interdiction de redivulgaration : Ces renseignements vous ont été communiqués à partir de dossiers protégés par les Règles fédérales de confidentialité (42 CFR, partie 2). Les règles fédérales vous interdisent de divulguer davantage les renseignements contenus dans ce dossier qui identifient un patient comme ayant ou ayant eu un trouble lié à l'utilisation d'une substance, soit directement, soit par référence à des renseignements accessibles au public, soit par vérification de cette identification par une autre personne, à moins que cette divulgation ne soit expressément autorisée par le consentement écrit de la personne concernée ou qu'elle ne soit autrement autorisée par le règlement 42 CFR, partie 2. Une autorisation générale de divulgation de renseignements médicaux ou autres N'EST PAS suffisante à cette fin (voir §2.31). Les règles fédérales limitent l'utilisation des renseignements dans le cadre d'enquêtes ou de poursuites pénales concernant un délit commis par un patient souffrant d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance, sauf dans les cas prévus aux articles 2.12(c)(5) et 2.65.