

AUTORISATION DE PARTAGER VERBALEMENT DES RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ PROTÉGÉS AVEC LES PERSONNES IMPLIQUÉES DANS VOS SOINS 2025

Nom : _____

Date de naissance : _____

Nom utilisé lors de votre traitement (si différent de celui mentionné ci-haut) : _____

Utilisez ce formulaire pour autoriser les employés HRCHC de partager verbalement vos renseignements de santé protégés avec un ami, un membre de la famille ou une personne assistant dans vos soins ou le paiement de ces soins.

J'autorise le HRCHC à parler à la ou aux personnes énumérées ci-dessous concernant mes renseignements de santé protégés concernant leur implication dans mes soins de santé ou le paiement pour ces soins :

S'il y a un élément spécifique que vous ne voulez pas divulgué, veuillez l'écrire ici : _____

Date de naissance : _____ Numéro(s) de téléphone : _____ Relation : _____

Date de naissance : _____ Numéro(s) de téléphone : _____ Relation : _____

Date de naissance : _____ Numéro(s) de téléphone : _____ Relation : _____

Si je suis diagnostiqué(e) ou traité(e) pour ce qui suit, je comprends que l'entité divulgatrice a besoin de mon consentement spécifique. Indiquez si vous autorisez ou non la divulgation verbale des renseignements de santé protégés pour chacun des éléments suivants en paraphant la case appropriée.

J'AUTORISE	JE N'AUTORISE PAS	la divulgation verbale des RSP concernant le traitement pour les DOSSIERS DU PROGRAMME DE TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET LES RENSEIGNEMENTS PROTÉGÉS PAR LA 42 C.F.R PARTIE 2.
initiales	initiales	
J'AUTORISE	JE N'AUTORISE PAS	la divulgation verbale des RSP concernant le traitement <u>à l'extérieur de</u> HRCHC pour la SANTÉ COMPORTEMENTALE ET MENTALE . Je comprends que j'ai le droit d'examiner tout dossier médical contenant des RSP liés à ma santé mentale et comportementale qui sont conservés par des installations ou d'agences de santé mentale à tout moment avant de décider d'autoriser la divulgation sur ce formulaire.
initiales	initiales	
J'AUTORISE	JE N'AUTORISE PAS	la divulgation verbale des RENSEIGNEMENTS LIÉS AU VIH/SIDA, Y COMPRIS les résultats de test. Je comprends qu'il existe des risques potentiels associés à la divulgation des renseignements liés au VIH/SIDA, y compris, mais sans s'y limiter, une discrimination et des changements au sein de la famille et des relations sociales.
initiales	initiales	

Je, soussigné, autorise par la présente HealthReach Community Health Centers et ses employés ou agent désignés à discuter de mes renseignements de santé protégés avec les personnes indiquées ci-haut conformément à ce formulaire. Cette autorisation sera en vigueur jusqu'à ce que je la révoque. Je peux révoquer cette autorisation en tout temps en communiquant avec HealthReach Community Health Centers.

Signature du(de la) patient(e)/Représentant(e) autorisé(e) : _____ Date : _____

En cas de signature par un(e) représentant(e) autorisé(e) :

Nom de famille : _____ Autorité légale* : _____

**Décrivez votre autorité légale pour agir au nom du(de la) patient(e) (par ex., tuteur(trice), mandataire) : Il se peut que nous demandions une documentation de votre autorité.*

Si cette autorisation permet la divulgation des renseignements sur le programme de troubles liés à la consommation de substances protégés par la 42 C.F.R. Partie 2 :

Avis au destinataire de l'interdiction de redivulguer : Ce dossier qui vous a été divulgué est protégé par les Règles de confidentialités fédérales (42 CFR Partie 2). Ces règles vous interdisent d'utiliser ou de divulguer ce dossier, ou un témoignage décrivant les renseignements contenus dans ce dossier, dans toute procédure civile, pénale, administrative ou législative menée par une autorité fédérale, étatique ou locale, contre le(la) patient(e), sauf autorisation du consentement du(de la) patient(e), sauf comme prévu à la 42 CFR 2.12(c)(5) ou comme autorisé par un tribunal conformément à la 42 CFR 2.64 ou 2.65. De plus, les règles fédérales vous interdisent de faire toute autre utilisation ou divulgation de ce dossier, sauf si au moins l'une des conditions suivantes s'appliquent : (i) une utilisation ou une divulgation ultérieure est expressément autorisée par le consentement écrit de la personne dont les renseignements sont divulgués dans ce dossier ou comme autrement autorisé par la 42 CFR Partie 2; (ii) vous êtes une entité couverte ou un(e) associé(e)

commercial(e) et avez reçu le dossier pour un traitement, un paiement ou des opérations de soins de santé ou; (iii) vous avez reçu le dossier d'une entité couverte ou d'un(e) associé(e) commercial(e) comme le permet la 45 CFR Partie 164, sous-parties A et E. Une autorisation générale pour la divulgation de renseignements médicaux ou autres N'est PAS suffisante pour satisfaire aux éléments requis du consentement écrit pour une utilisation ultérieure ou une nouvelle divulgation du dossier (voir 42 CFR 2.31).