

AUTORISATION DE DIVULGATION D'INFORMATIONS SUR LA SANTÉ CONFORMÉMENT À L'HIPAA

Nom du patient	Date de naissance	Numéro d'identifiant du patient
Adresse du patient		

La personne habilitée à me représenter, ou moi-même, demande, à ce que les informations médicales, relatives aux soins et traitement que je reçois, soient transmises selon les modalités que ce formulaire prévoit : En vertu des lois de l'État de New York et de la clause de transférabilité et d'imputabilité d'assurance maladie (HIPAA) de 1996, je déclare avoir compris que :

- J'autorise, par la présente, la divulgation de données relatives à l'**ABUS D'ALCOOL et DE DROGUES, AU TRAITEMENT POUR TROUBLES MENTAUX**, sauf les notes prises pendant une séance de psychothérapie, et/ou les **INFORMATIONS CONFIDENTIELLES SUR UNE INFECTION PAR LE VIH/SIDA*** sauf si j'appose mes initiales sur la case appropriée de la rubrique 7.' Si les données médicales décrites ci-dessous correspondent à l'un de ces types d'informations, et que j'appose mes initiales sur la case de la rubrique 7, j'autorise expressément leur transmission au Département de la Santé et de l'Hygiène mentale de la Ville de New York (DOHMH) et au Département de l'Éducation de la Ville de New York (NYCDOE), qui gèrent conjointement le Bureau de la santé scolaire (OSH).
- Si j'autorise la divulgation de données relatives à une infection par le VIH/SIDA, un traitement contre l'abus d'alcool ou d'autres drogues, ou à des troubles mentaux, j'interdis au DOHMH de les retransmettre sans mon autorisation sauf dans les situations où la législation fédérale ou d'État le permet. Je déclare avoir compris que j'ai le droit de demander la liste des personnes auxquelles pourraient être divulguées ou qui pourraient utiliser, sans mon autorisation, les informations relatives à une infection par le VIH/SIDA me concernant. Si je suis victime de discrimination suite à la transmission ou divulgation d'informations relatives à une infection par le VIH/SIDA, j'ai le droit de contacter la Division des Droits de l'Homme de l'État de New York au (212) 480-2493, ou la Commission des Droits de l'Homme de la Ville de New York au (212) 306-7450. Ces organismes sont responsables de la protection de mes droits.
- J'ai le droit de révoquer cette autorisation à tout moment en le demandant par écrit aux prestataires de soins de santé à qui j'ai donné l'autorisation de divulguer des informations à mon sujet. Je comprends que mon droit de retrait de cette autorisation ne s'applique pas aux actions déjà entreprises sur la base de cette dernière.
- Je sais que signer cette autorisation est facultatif. Le traitement qu'on me fournit et les frais, l'adhérence à un plan d'assurance-maladie, ou l'admissibilité aux prestations d'assurance-maladie ne seront pas associés à l'autorisation que je donne pour cette divulgation.
- Les données dont j'autorise la transmission peuvent être à nouveau divulguées par le DOHMH ou le DOE (sauf pour ce qui est mentionné ci-dessus dans la rubrique 2), et cette nouvelle divulgation ne peut plus être protégée par la législation fédérale et de l'État.
- J'AUTORISE TOUS MES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ À TRANSMETTRE CETTE INFORMATION ET EN DISCUTER AVEC LE DOHMH ET LE NYCDOE.**

7. Données spécifiques à transmettre et à discuter :
Toutes les informations sur la santé (écrites et orales) notamment les antécédents médicaux, les notes prises par un médecin (excepté les notes prises en séance de psychothérapie), les résultats des tests, les résultats des analyses de radiologie, films, les orientations vers un spécialiste, consultations, dossiers de facturation, dossiers d'assurance, et dossiers transmis à mes prestataires de santé par d'autres médecins.

Si cette case est cochée, ne discutez que des informations sur la santé mentionnées ici et ne divulguez que celles -là

(Cochez cette case si vous ne voulez pas qu'on publie ou divulgue tout votre dossier. Cochez la case 9 ci-après pour dire pour combien de temps vous voulez que ce formulaire soit pris en compte.)

Inclure : (en apposant vos initiales)

_____ Renseignements relatifs au traitement contre l'abus d'alcool/de drogues. **Précisez les dossiers à divulguer et les organisations qui les transmettent :** _____

_____ Renseignements relatifs à des troubles mentaux

8. RAISON POUR LA TRANSMISSION DES DONNÉES : CETTE INFORMATION EST TRANSMISE SUR DEMANDE DU PATIENT OU DE SON REPRÉSENTANT SAUF INDICATION CONTRAIRE PRÉCISÉE ICI :

9. CETTE AUTORISATION N'EST PLUS VALABLE DÈS L'INSTANT OÙ LE PATIENT N'EST PLUS UN ÉLÈVE D'UNE ÉCOLE OU D'UN PROGRAMME DU NYCDOE OU NE REÇOIT PLUS LES SERVICES DE L'OSH À MOINS QU'IL N'EN SOIT SPÉCIFIÉ AUTREMENT À CE NIVEAU**:

10. À défaut du nom et de la signature du patient, prénoms et nom du signataire du formulaire :

11. LA PERSONNE SIGNANT CE FORMULAIRE EST AUTORISÉE PAR LA LOI À SIGNER AU NOM DU PATIENT EN TANT QUE SON PARENT OU TUTEUR LÉGAL OU TEL QUE PRÉCISÉ ICI :

Toutes les rubriques de ce formulaire ont été renseignées et on a répondu à toutes mes questions sur le présent document dont une copie m'a été remise.

SIGNATURE DU PATIENT OU DE SON REPRESENTANT LEGALEMENT HABILITE

DATE

***Virus de l'immunodéficience humaine à l'origine du SIDA.** Le Code de la santé publique de l'État de New York protège les données qui peuvent permettre de déduire logiquement, qu'une personne présente les symptômes d'une infection par le VIH, ou est porteuse du virus, ou d'identifier les individus susceptibles d'avoir été exposé ou d'avoir contracté le virus à son contact.

**S'il est précisé dans la rubrique 9 sus-mentionnée une date d'expiration, le formulaire ne sera plus valable à compter de cette date et le parent/tuteur du patient, ou toute autre personne reconnue par la loi, devra présenter un nouveau formulaire.