

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

Nom du patient	Date de naissance	N° 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 au 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 :

1. Du fait d'apposer mes initiales sur la case appropriée de la rubrique 7, j'autorise, par la présente, la divulgation de données relatives à l'**ABUS D'ALCOOL et AUTRES DROGUES, AU TRAITEMENT POUR TROUBLES MENTAUX**, notes prises durant une psychothérapie exclues, et/ou **AUX INFORMATIONS CONFIDENTIELLES SUR UNE INFECTION PAR LE VIH/SIDA***. 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).
2. 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 pour troubles mentaux, j'interdis le DOHMH de les retransmettre sans mon autorisation sauf permission accordée par la législation fédérale ou d'État. 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.
3. J'ai le droit de révoquer cette autorisation à tout moment en le demandant par écrit aux prestataires de soins de santé mentionnés ci-dessous. Je comprends que mon droit de retrait de cette autorisation ne s'applique pas aux actions déjà entreprises sur la base de cette dernière.
4. Je sais que signer cette autorisation est facultatif. Le traitement que je reçois et son paiement, une assurance-maladie, ou l'admissibilité aux prestations d'assurance ne sont pas des facteurs déterminant cette divulgation.
5. Les données dont j'autorise la transmission peuvent être à nouveau divulguées par le DOHMH (sauf exception susmentionnée en rubrique 2), et cette nouvelle diffusion peut ne plus être protégée par la législation fédérale et de l'État.
6. **J'AUTORISE TOUS MES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ À DIVULGUER CES INFORMATIONS AU BUREAU DE LA SANTÉ SCOLAIRE (OSH), UN PROGRAMME AU SEIN DUQUEL COLLABORE LE DÉPARTEMENT DE L'ÉDUCATION DE LA VILLE DE NEW YORK (NYCDOE) ET LE DOHMH, ET D'EN DISCUTER AVEC SES MEMBRES.**

<p>7. Données spécifiques à transmettre et à discuter : L'intégralité du dossier médical (par écrit ou oralement), comprenant les antécédents du patient, les notes du médecin traitant (sauf celles prises durant une psychothérapie), résultats des tests, diagnostics suite à radios, films, recommandations à un spécialiste, consultations, facturations, justificatifs et courriers d'assurance, ainsi que toutes les pièces que vous ont envoyées d'autres prestataires de soins de santé.</p> <p><input type="checkbox"/> Si cette case est cochée, vous ne devez divulguer que mes informations sur la santé de cette date (inscrivez la date) _____ à cette date (inscrivez la date) _____ et en discuter.</p> <p><input type="checkbox"/> Autres : _____</p>		<p>Inclure : (Indiquez en apposant vos initiales)</p> <p>_____ Informations relatives au traitement contre l'abus d'alcool/de drogues</p> <p>_____ Renseignements relatifs aux troubles mentaux</p> <p>_____ Informations relatives à une infection par le VIH/SIDA</p>
<p>8. RAISON POUR LA TRANSMISSION DES DONNÉES : CETTE INFORMATION EST TRANSMISE SUR DEMANDE DU PATIENT OU DE SON REPRÉSENTANT SAUF INDICATION CONTRAIRE PRÉCISÉE ICI :</p>	<p>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.</p>	
<p>10. À défaut du patient, prénoms et nom du signataire du formulaire :</p>	<p>11. LA PERSONNE SIGNANT CE FORMULAIRE EST AUTORISÉE PAR LA LOI DE SIGNER AU NOM DU PATIENT EN TANT QUE SON PARENT OU TUTEUR LÉGAL OU TEL QUE PRÉCISÉ ICI :</p>	

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

*Le 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'y avoir été exposé, ou d'avoir contracté le virus à son contact.

S'il est précisé en 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 autre personne reconnue par la loi, devra présenter un nouveau formulaire.