



Autorisation de divulgation d'informations de santé (y compris les informations relatives aux traitements liés à l'alcool et aux drogues, à la santé mentale et aux informations confidentielles relatives au VIH/SIDA)

Section I. Informations sur le patient

| | | |
|----------------------|---------------------|-------------------------|
| Nom du patient : | Date de naissance : | N° de dossier médical : |
| Adresse du patient : | Téléphone : | Adresse e-mail : |

Section II. Informations relatives à l'autorisation

Moi-même, ou mon représentant autorisé, demande que les informations relatives à ma prise en charge et à mon traitement soient divulguées conformément aux dispositions du présent formulaire. Je comprends et confirme que :

1. La présente autorisation peut être utilisée pour la divulgation de toutes les informations de santé protégées, y compris les informations relatives au TRAITEMENT DES TROUBLES LIÉS À L'USAGE DE SUBSTANCES, au TRAITEMENT EN SANTÉ MENTALE, ainsi qu'aux INFORMATIONS CONFIDENTIELLES LIÉES AU VIH/SIDA. Les informations relatives au traitement des troubles liés à l'usage de substances, à la santé mentale et au VIH/SIDA peuvent uniquement être divulguées aux personnes mentionnées au point 10 si j'autorise expressément cette divulgation en apposant mes initiales sur la ligne appropriée au point 13.
2. Les informations provenant des dossiers cliniques de santé mentale peuvent être divulguées en vertu de cette autorisation aux parties identifiées ci-dessous qui ont un besoin démontrable de ces informations, à condition que la divulgation ne soit pas raisonnablement susceptible de nuire au patient ou à une autre personne.
3. Hormis quelques exceptions, une fois les informations de santé divulguées, elles peuvent être redivulguées par le destinataire. Si j'autorise la divulgation d'informations relatives au VIH/SIDA, au traitement des troubles liés à l'usage de substances ou à la santé mentale, le destinataire n'est pas autorisé à rediffuser ces informations ni à les utiliser à d'autres fins sans mon autorisation, sauf si la loi fédérale ou étatique l'y autorise. Si je subis une discrimination en raison de la divulgation d'informations liées au VIH/SIDA, je peux contacter New York State Division of Human Rights, l'agence chargée de la protection de mes droits au 1-888-392-3644.
4. J'ai le droit de révoquer la présente autorisation à tout moment en adressant une demande écrite au prestataire ou à l'organisme indiqué au point 9. La révocation ne s'appliquera pas aux actions déjà entreprises sur la base de la présente autorisation.
5. La présente autorisation peut être complétée et signée électroniquement, conformément à la loi Electronic Signatures and Records Act, y compris via le dossier médical électronique d'un prestataire. Les prestataires doivent s'assurer que ce formulaire peut être imprimé et/ou remis dans le format approuvé au patient, au représentant du patient et/ou aux destinataires prévus.
6. La signature de la présente autorisation est volontaire. Je comprends que, de manière générale, mon traitement, le paiement, l'inscription à un régime de santé ou l'éligibilité à des prestations ne dépendent pas de mon consentement à la présente divulgation. Toutefois, je comprends que dans certaines circonstances un traitement peut être refusé si je ne signe pas ce consentement.
7. Tous les champs du présent formulaire doivent être remplis. Si certaines sections sont laissées vides, le présent formulaire sera considéré comme invalide.
8. Les réponses à mes questions concernant le présent formulaire m'ont été apportées et une copie du formulaire m'a été remise.

Le patient refuse une copie



Autorisation de divulgation d'informations de santé (y compris les informations relatives aux traitements liés à l'alcool et aux drogues, à la santé mentale et aux informations confidentielles relatives au VIH/SIDA)

Section III. Informations relatives à la divulgation

- 9. Nom et coordonnées du prestataire autorisé à divulguer ces informations :
10. Nom et coordonnées de la ou des personnes à qui ces informations seront divulguées :
11. Objet de la divulgation des informations :
12. Sauf révocation préalable de ma part, la présente autorisation de divulgation de mes informations de santé expirera à la date ou lors de l'événement suivant :

Section IV. Informations de santé

- 13. J'autorise la divulgation des informations de santé protégées suivantes :
- Une partie de mon dossier médical du (date) au (date)
- Dossier médical complet, incluant les antécédents médicaux, les notes de consultation (à l'exception des notes de psychothérapie séparées), les résultats d'analyses, les examens radiologiques, les films et images, les orientations et consultations, les dossiers de facturation, les dossiers d'assurance et les dossiers transmis par d'autres prestataires de soins.
- Autre (Veuillez préciser) :
Pour que les informations relatives au traitement en santé mentale, au traitement des troubles liés à l'usage de substances ou au VIH/SIDA soient divulguées, vous devez cocher la case correspondante, apposer vos initiales et indiquer la date ci-dessous.
- Dossiers cliniques provenant de programmes de santé mentale* Initiales : Date :
- Dossiers provenant de programmes de traitement des troubles liés à l'usage de substances Initiales : Date :
- Informations relatives au VIH/SIDA Initiales : Date :

Section V. Signature

- 14. Signature du patient ou du représentant personnel :
15. Date :
16. Nom du patient (en lettres capitales) :
17. Si ce n'est pas le patient, nom du représentant personnel (en lettres capitales) :
18. Autorité du représentant personnel pour signer au nom du patient :

Le présent formulaire peut être utilisé à la place des formulaires DOH2557, DOH5032 ou OMH 11 et a été approuvé par le NYS Office of Mental Health pour permettre la divulgation d'informations de santé ou de dossiers cliniques en santé mentale. Cependant, le présent formulaire n'oblige pas les prestataires de soins à divulguer des informations de santé. Toute divulgation d'informations relatives au traitement des troubles liés à l'usage de substances, au traitement en santé mentale ou aux informations confidentielles liées au VIH effectuée au moyen du présent formulaire doit être accompagnée des déclarations obligatoires concernant l'interdiction de rediffusion de ces informations.