NEW YORK STATE | Office of Mental Health
PSYCKES

Formulaire de retrait du consentement

Nom du prestataire/de l'établissement

Ce que vous devez savoir

Vous avez déjà signé un formulaire de consentement autorisant ce prestataire de soins de santé à accéder à vos informations Medicaid et à d'autres informations de santé disponibles dans la base de données en ligne Psychiatric Services and Clinical Knowledge Enhancement System (PSYCKES).

Vous devez remplir et signer le présent formulaire de retrait du consentement si vous ne souhaitez plus que ce prestataire, ainsi que les membres de son personnel qui participent à vos soins, puisse consulter vos informations. Une fois ce formulaire rempli, signé et remis à votre prestataire :

1. Ce prestataire de soins de santé ne pourra plus accéder à vos informations de santé par l'intermédiaire de PSYCKES, sauf dans les cas suivants :
   - en cas d'urgence ; ou
   - lorsque les lois et règlements de l'État ou du gouvernement fédéral en matière de confidentialité l'autorisent. Par exemple, si Medicaid a des préoccupations concernant la qualité de vos soins, votre prestataire peut obtenir l'accès à PSYCKES afin de l'aider à déterminer si vous recevez les bons soins au bon moment.[1]
2. Votre prestataire peut être autorisé à accéder à vos informations médicales par d'autres moyens. Par exemple, ces mêmes lois et règlements peuvent lui permettre d'obtenir, auprès d'un autre prestataire, les informations nécessaires à votre traitement.
3. Le présent retrait du consentement n'aura aucune incidence sur les informations de santé qui ont été partagées pendant que votre consentement était en vigueur.
4. Votre accès aux soins médicaux et votre couverture d'assurance maladie ne changeront pas du fait du retrait de votre consentement. Vos prestataires de soins de santé continueront à soumettre des demandes de remboursement à votre assureur pour les services que vous recevez.
5. Vous pouvez remplir un nouveau formulaire de consentement PSYCKES à tout moment. Ces formulaires sont disponibles auprès de votre prestataire et doivent lui être retournés une fois remplis et signés.
6. Vous recevrez une copie du présent formulaire après l'avoir signé et soumis.

Ce que vous devez faire

Veuillez fournir les informations demandées ci-dessous et remettre le présent formulaire à votre prestataire.

Nom du patient en majuscules

Date de naissance du patient

Numéro d'identification Medicaid du patient

Signature du patient ou de son représentant légal

Date

Nom du représentant légal en majuscules
(le cas échéant)

Lien du représentant légal avec le patient
(le cas échéant)

[1] Les lois et règlements comprennent notamment l'article 33.13 de la Mental Hygiene Law de l'État de New York, l'article 27-F de la Public Health Law de l'État de New York, ainsi que les règles fédérales de confidentialité, y compris le titre 42 du CFR, partie 2, et le titre 45 du CFR, parties 160 et 164 (également appelées « HIPAA »).