

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Directives visant le personnel (à usage interne)

☐ Aucune copie demandée, numérisation seulement ☐ Demande de copie du dossier uniquement

Nom du patient: _____ Date de Naissance: ____/____/____ SS#: ____-____-____

Nom de jeune fille ou autre nom (s): _____ MRN: _____

Adresse: _____ Ville: _____ États: _____ Code Postal: _____

Numéro de téléphone: _____ (domicile, cellule, autre) Messagerie électronique: _____

J'autorise l'utilisation / la divulgation de mes DOSSIERS DE SANTÉ COMPORTEMENTALE et / ou de mes informations comme suit :

PARTIE QUI A MES DOSSIERS DE SANTÉ COMPORTEMENTALE (QUI ENVOIE MES DOSSIERS)

☐ Promise Healthcare et toute entité Promise Healthcare
☐ Autre : _____ N° de Téléphone: (____) _____
 Adresse municipale : _____ Ville, États, Code Postal: _____

PARTIE ou PARTIES À QUI JE VEUX RECEVOIR MES DOSSIERS DE SANTÉ COMPORTEMENTALE (QUI OBTIENDRA MES INFORMATIONS)

☐ Promise Healthcare et toute entité Promise Healthcare
☐ Autre : _____ N° de Téléphone: (____) _____
 Adresse municipale : _____ Ville, États, Code Postal: _____

BUT DE L'UTILISATION / DIVULGATION DE MES DOSSIERS DE SANTÉ COMPORTEMENTALE ET / OU DE MES INFORMATIONS

☐ Suivi médical ☐ Procès ☐ Souscription (assurance)
☐ Raisons liées à l'emploi ☐ Demande du patient (je ne souhaite pas être plus précis)

LES DATES DES DOSSIERS ET/OU DES RENSEIGNEMENTS À UTILISER OU À DIVULGUER :

☐ Dossiers ou renseignements provenant de : _____ (date de début) à _____ (date de fin)

DESCRIPTION DE MES DOSSIERS DE SANTÉ COMPORTEMENTALE ET / OU DES INFORMATIONS À UTILISER ET À DIVULGUER:

☐ Visite en cabinet - Psychologie/Psychiatrie/Neuropsychologie
☐ Évaluation neuropsychologique
☐ Laboratoires
☐ Dossiers de facturation
☐ Autre: _____

DOCUMENTS SPÉCIALEMENT PROTÉGÉS

Si vous souhaitez obtenir l'une des informations de santé suivantes, vous devez cocher et parapher à côté de la catégorie ci-dessous :

☐ Dossiers sur l'abus d'alcool et de drogues _____ Initiales
☐ Génétique _____ Initiales
☐ VIH/SIDA/Maladies Sexuellement Transmissibles _____ Initiales

EXPIRATION

Cette autorisation expirera le ____/____/____ (JJ/MM/AA). Si aucune date n'est précisée, les informations ne seront divulguées qu'à compter de la date à laquelle cette demande a été reçue par Promise Healthcare.

ANNULATION DE CETTE AUTORISATION

Je peux annuler cette autorisation à tout moment en écrivant une lettre indiquant que je veux l'annuler. Je dois signer la lettre, la dater et demander à une personne qui peut m'identifier de la signer comme témoin. La lettre doit être livrée à Promise Healthcare Information Management à l'adresse indiquée au verso de cette page. L'annulation prendra effet lorsque Promise Healthcare recevra la lettre. Je comprends que la lettre n'aura aucun effet sur les utilisations et les divulgations de mes renseignements médicaux qui ont été faites avant que Promise Healthcare ne reçoive ma lettre.

Nome du patient: _____ Date de Naissance: ____/____/____

NOUVELLE DIVULGATION DE MES DOSSIERS MÉDICAUX ET/OU DE MES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Je comprends que la personne qui reçoit mes informations sur la santé comportementale, mes dossiers d'abus d'alcool et de drogues ou mes dossiers VIH ne peut PAS les divulguer à quelqu'un d'autre sans ma permission, sauf si la loi le permet.

FRAIS

Des frais de copie peuvent m'être facturés pour compléter cette demande. Je peux demander à Promise Healthcare une estimation des frais. S'il y a des frais, la facture peut provenir de **(nom de la société de facturation)** la société qui traite les demandes d'informations sur la santé pour Promise Healthcare. Pour toute question concernant les frais potentiels, veuillez contacter le service de correspondance au numéro ci-dessous.

DROIT D'INSPECTION ET DE COPIE

Je comprends que j'ai le droit d'inspecter et de recevoir une copie des documents à divulguer en vertu de la présente autorisation

MON AUTORISATION

Signature du patient de 12 ans et plus	Date de signature
Signature du représentant légal ou du tuteur	Date de signature
Nom imprimé du représentant ou du tuteur	Date de signature
Signature du patient ou la signature du témoin du patient	Date de signature

INSTRUCTIONS POUR LA DEMANDE DE COPIE DE DOCUMENTS SEULEMENT (COCHEZ UNE CASE LE CAS ÉCHÉANT) :

- ☐ Envoyer des copies des documents par la poste au parti
ou aux partis que j'ai nommés dans la section N° 3
- ☐ Ramasser les documents

RETOURNEZ CE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI À L'ADRESSE SUIVANTE :

Promise Healthcare
819 Bloomington
Rd Champaign, IL 61820
217-356-1558

UTILISATION PAR LE PERSONNEL UNIQUEMENT

NOTIFICATION DE DIVULGATION AU FOURNISSEUR : (UTILISATION AU CABINET UNIQUEMENT)

- ☐ Dr. _____ a été avisé de cette divulgation _____ (initiales/date)
- ☐ Dr. _____ a été avisé de cette divulgation _____ (initiales/date)
- ☐ HIM a informé tous les fournisseurs _____ (initiales/date)
- ☐ Dr. _____ a refusé cette divulgation _____ (initiales/date)

Divulgué par, Nom du personnel : _____ Type de pièce d'identité vérifiée : _____ Date: _____