promise healthcare

# Autoriser la divulgation de renseignements protégés sur la santé

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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 : Promise Healthcare- Health Information Management (HIM)**

*Comprend Frances Nelson Clinic, Promise Healthcare sur Neil Street, Urbana School Health Center

☐ **à envoyer à :**

OU

☐ **à demander à :**

_____

Nom de l'établissement de soins de santé, du médecin, de la personne ou de l'organisme, etc.

_____

Adresse

_____ _____ _____

Ville, États, Code Postal | Numéro de téléphone | Fax

**Méthode de divulgation :**

☐ Courrier ☐ Collecte au département HIM ☐ Messagerie électronique _____

***Si vous choisissez de recevoir vos renseignements médicaux par courriel, il y a un risque que les renseignements contenus dans le courriel soient lus par un tiers.**

**DOCUMENTS SPÉCIFIQUES À DIVULGUER**

☐ Tous les documents

☐ Dossiers d'immunisation (préciser la date) :_____

☐ Dossiers de facturation (précisez les dates) :_____

☐ Visite au cabinet (préciser les dates et le fournisseur) :

_____

☐ Laboratoires

☐ Dentaire ☐ Autre (préciser) :_____

☐ Date(s) du traitement :_____

**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

Le but de cette divulgation d'informations est _____

(Par exemple : soins continus, réclamation d'assurance, conseiller juridique, etc.)

- Je comprends que mon dossier médical peut contenir des informations relatives aux maladies sexuellement transmissibles, au SIDA, au VIH, au traitement de l'abus d'alcool et / ou de substances.
- J'ai le droit d'inspecter et d'obtenir une copie des documents qui doivent être divulgués. Je comprends que toute divulgation de renseignements comporte la possibilité d'une nouvelle divulgation non autorisée et que les renseignements peuvent ne pas être protégés par les règles fédérales de confidentialité.
- Je comprends que je peux révoquer cette autorisation à tout moment. Je comprends que si je veux révoquer cette autorisation, je dois fournir une révocation écrite au département HIM de Promise Healthcare. Je comprends que la révocation ne s'appliquera pas aux renseignements qui ont été divulgués précédemment.
- Cette autorisation expirera à la date ou à l'événement _____ Si je ne spécifie pas de date ou d'événement d'expiration, cette autorisation expirera à la date de la signature ci-dessous et les enregistrements ne seront divulgués que pour les services jusqu'à cette date incluse. Je comprends que j'ai droit à une copie de cette autorisation.
- Je comprends qu'il peut y avoir des frais pour obtenir une copie de ces documents.

**ATTENTION : Ceci est un document juridique. Veuillez lire attentivement. En signant, vous acceptez de comprendre et d'accepter les conditions de ce formulaire.**

Si le patient est âgé de 18 ans ou plus, le patient signe et date le formulaire.

Si le patient est âgé de 18 ans ou plus et est incapable de signer, un remplaçant légalement autorisé peut signer et dater le formulaire. **Veuillez indiquer votre autorité légale et inclure la documentation de votre relation**

☐ Tuteur légal ou gardien ☐ Agent de soins de santé (procuration relative aux soins de santé)

Si le patient est âgé de 17 ans ou moins, le parent ou le tuteur légal du patient doit signer et dater le formulaire, sauf exception en vertu de la loi fédérale ou de l'État. Veuillez indiquer votre relation : ☐ Parent ☐ Tuteur légal

Signature:_____ Date de signature:_____

La date d'expiration du consentement est requise si des dossiers sur l'abus d'alcool ou de drogues sont demandés : _____

Nom imprimé de la personne qui signe (si vous n'êtes pas patient) :_____ N° de téléphone :_____

## UTILISATION PAR LE PERSONNEL UNIQUEMENT

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