

AUTORISATION DE TRANSMISSION DES DONNÉES MÉDICALES EN VERTU DE HIPAA

Nom du patient	Date de naissance	Numéro de sécurité sociale
Adresse du patient		

La personne habilitée à me représenter, ou moi-même, demande, à ce que les informations médicales, relatives aux soins et traitement que je reçois, soient transmises selon les modalités que ce formulaire prévoit : En vertu des lois et réglementations de l'État de New York et de la clause de protection de la vie privée de la Loi HIPAA de 1996 régissant transférabilité et responsabilités de couverture des frais de santé (Health Insurance Portability and Accountability Act), je comprends que :

1. J'autorise éventuellement, par la présente, la divulgation de données relatives à l'ABUS D'ALCOOL et AUTRES DROGUES, à UN TRAITEMENT POUR TROUBLES MENTAUX, notes prises durant une psychothérapie exclues, et/ou aux INFORMATIONS CONFIDENTIELLES SUR UNE INFECTION PAR LE VIH* uniquement si j'appose mes initiales en face de la catégorie applicable de la rubrique 9(a). Si les données médicales décrites ci-dessous correspondent à l'un de ces types d'informations, et que j'appose mes initiales dans la case en face d'une catégorie de la rubrique 9(a), j'autorise expressément leur transmission à la(aux) personne(s) mentionnée(s) à la rubrique 8.
2. Si j'autorise la divulgation de données relatives à une infection par le VIH, un traitement contre l'abus d'alcool ou d'autres drogues, ou pour troubles mentaux, il est défendu au destinataire de les retransmettre sans mon autorisation sauf permission accordée par la législation fédérale ou d'État. Je suis conscient(e) d'avoir le droit de demander la liste des personnes susceptibles de recevoir ou d'utiliser, sans mon autorisation, les informations, relatives à une infection par le VIH me concernant. Si je suis victime de discrimination suite à la transmission ou divulgation d'informations relatives à une infection par le VIH, 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 d'annuler cette autorisation à tout moment en le demandant par écrit au médecin (ou autre prestataire de soins de santé) mentionné 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. Signer cette autorisation n'est pas une condition requise pour recevoir mon traitement, paiement, avoir une couverture santé ou droit à des prestations.
5. Les données dont j'autorise la transmission peuvent être à nouveau divulguées par leur destinataire (sauf exception susmentionnée en rubrique 2), et cette nouvelle diffusion peut ne plus être restreinte par les protections prévues par la législation fédérale et de l'État.
6. J'AUTORISE TOUS MES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ DE PASSER AU DEPARTEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE MENTALE, À SES EMPLOYÉS, SES MANDATAIRES ET SOUS-TRAITANTS CES INFORMATIONS ET D'EN DISCUTER.

<p>7. Données spécifiques à transmettre :</p> <p><input type="checkbox"/> Dossier médical de (insert date) _____ au (insert date) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Intégralité du dossier médical, comprenant l'historique médical, les notes du cabinet (sauf celles prises durant une psychothérapie), résultats des tests, diagnostics suite à radios, films, demandes de prises en charge, consultations, facturations, justificatifs et courriers d'assurance, ainsi que toutes pièces que vous ont envoyé d'autres médecins (ou prestataires de soins de santé).</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p style="text-align: right;">Inclure : (Indiquer en y apposant vos initiales)</p> <p style="text-align: right;">_____ Traitement pou abus de l'alcool/de drogues</p> <p style="text-align: right;">_____ Information sur la santé mentale</p> <p style="text-align: right;">_____ Information relative au VIH(HIV)</p>	
<p>8. Motif de la transmission des données :</p> <p><input type="checkbox"/> Sur demande individuelle</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p>	<p>9. CETTE AUTORISATION N'EST PLUS VALABLE APRÈS UN AN À COMPTER DE LA DATE QU'ELLE A ÉTÉ SIGNÉE PAR LE PATIENT OU SON MANDATAIRE SAUF INDICATION CONTRAIRE CI-INSCRITE :</p> <p>_____</p>
<p>10. À défaut du patient, prénoms et nom du signataire du formulaire :</p> <p>_____</p>	<p>11. Habilitation à signer au nom du patient :</p> <p>_____</p>

Toutes les rubriques de ce formulaire ont été renseignées et on a répondu à toutes mes questions sur le présent document. On m'a, en outre, fourni une copie de ce formulaire.

Signature du patient ou de son représentant légalement habilité.

Date : _____

* **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 de l'avoir exposée, ou d'avoir contracté le virus à son contact.**