

AUTORISATION DE TRANSMISSION DES DONNÉES MÉDICALES EN VERTU DE HIPAA

Nom du patient	Date de naissance	N° d'identifiant du patient
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 inscrites sur ce formulaire : 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 de 1996 régissant transférabilité et responsabilités de couverture des frais de santé (Health Insurance Portability and Accountability Act_HIPAA), je déclare avoir compris que :

- Du fait d'apposer mes initiales dans la catégorie applicable en rubrique 7, je peux autoriser, par la présente, la divulgation de données relatives à l'**ABUS D'ALCOOL et d'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***. Si les données médicales décrites ci-dessous correspondent à un type quelconque de ces informations, et que j'appose mes initiales dans la case de la rubrique 7, j'autorise expressément leur transmission au Département de la Santé et de l'Hygiène mentale de la Ville de New York (NYCDOHMH), et au Département de l'Éducation de la Ville de New York (NYCDOE), qui conjointement gère le Bureau de la santé scolaire (OSH).
- Si j'autorise la divulgation de données relatives à une infection par le VIH/SIDA, un traitement contre l'abus d'alcool ou d'autres drogues, ou pour troubles mentaux, il est défendu au DOHMH de les retransmettre sans mon autorisation sauf permission accordée par la législation fédérale ou d'État. Je déclare avoir compris que j'ai 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/SIDA me concernant. Si je suis victime de discrimination suite à la transmission ou divulgation d'informations relatives à une infection par le VIH/SIDA, 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.
- J'ai le droit d'annuler cette autorisation à tout moment en le demandant par écrit aux prestataires de soins de santé auxquels j'ai donné l'autorisation de divulguer mes données. Je comprends bien que mon droit de retrait de cette autorisation ne s'applique pas aux actions déjà entreprises sur la base de cette dernière.
- Je sais que je signe cette autorisation de bon gré. Signer cette autorisation n'est pas une condition requise pour les soins de traitement que je reçois, le paiement de mes frais de santé, l'éligibilité à la couverture santé ou mon droit à des prestations.
- Les données dont j'autorise la transmission peuvent être à nouveau divulguées par le DOHMH ou le DOE (sauf exception susmentionnée en rubrique 2), et cette nouvelle divulgation des données peut ne plus être restreinte par les protections prévues par la législation fédérale et de l'État.
- J'AUTORISE TOUS MES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ À TRANSMETTRE CES DONNÉES AU NYCDOHMH ET AU NYCDOE ET EN DISCUTER AVEC EUX.**

7. Données spécifiques à transmettre et à discuter :

Toutes les données médicales (écrites et orales) notamment les historiques du patient, les notes de la clinique, (les notes prises au cours des entretiens psychothérapeutiques exclues), les résultats d'examen médicaux, études radiologiques, films, prises en charge, consultations, dossiers de facturation, justificatifs et courriers d'assurance, et les dossiers que d'autres médecins envoient à mes médecins.

Si cette case est cochée, prière de transmettre les données médicales indiquées ci-après et d'en discuter : _____

(Utilisez cette case si vous ne voulez pas qu'on transmette ou qu'on divulgue l'intégralité du dossier. Utilisez la rubrique 9 ci-après pour indiquer pendant combien de temps ce formulaire sera valable)

Inclure : (Indiquez en apposant vos initiales)

_____ Données relatives à l'abus d'alcool/de drogues *Précisez les dossiers à divulguer et l'organisme auquel les envoyer :* _____

_____ Données relatives à la santé mentale

_____ Données relatives au VIH/SIDA

8. MOTIF DE LA TRANSMISSION DES DONNÉES : CETTE INFORMATION EST TRANSMISE SUR DEMANDE DU PATIENT OU DE SON REPRÉSENTANT SAUF INDICATION CONTRAIRE PRÉCISÉE ICI :

9. CETTE AUTORISATION N'EST PLUS VALABLE DÈS L'INSTANT QUE LE PATIENT NE FRÉQUENTE PLUS UN ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE OU UN PROGRAMME GÉRÉ PAR LE DOE OU AUQUEL L'OSH PROPOSE DES SERVICES, SAUF INDICATION CONTRAIRE:**

10. À défaut du patient, prénoms et nom du signataire du formulaire :

11. LA PERSONNE SIGNANT CE FORMULAIRE EST AUTORISÉE PAR LA LOI DE LE FAIRE AU NOM DU PATIENT EN TANT QUE PARENT OU TUTEUR LÉGAL OU COMME INDIQUÉ ICI :

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

SIGNATURE DU PATIENT OR 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 d'y avoir été exposés, ou de l'avoir contracté à son contact.**

****Au cas où il y aurait une date d'expiration dans la rubrique 9, ce formulaire ne sera plus valable en cette date et le parent/tuteur du patient ou autre personne habilitée légalement devra en soumettre un autre.**