

Autorisation pour la divulgation des données médicales (incluant les informations concernant le traitement de la toxicomanie / de l'alcoolisme et les soins de santé mentale) et des données confidentielles relatives au VIH/SIDA

Nom du patient	Date de naissance	Numéro d'identification du patient
Adresse du patient		

Je, en personne ou mon représentant légal, demande que les données médicales relatives aux soins et traitements médicaux me concernant soient divulguées, tel que défini dans ce formulaire. Je comprends que :

- Cette autorisation peut inclure la divulgation de données relatives au TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE et de L'ALCOOLISME, à des SOINS DE SANTÉ MENTALE, et à des DONNÉES CONFIDENTIELLES RELATIVES AU VIH/SIDA, uniquement si j'appose mes initiales sur la ligne correspondante de la rubrique 8. Dans le cas où les données médicales décrites ci-dessous comportent ce type d'informations, et que j'ai apposé mes initiales dans la case de la rubrique 8, j'autorise expressément la divulgation de ces informations à la (aux) personne(s) indiquée(s) dans la rubrique 6.
- Sauf exception, les données médicales divulguées peuvent être transmises à autrui par le destinataire. Dans le cas où j'autorise la divulgation de données médicales relatives au VIH/SIDA, au traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme ou à des soins de santé mentale, le destinataire n'est pas autorisé à transmettre de telles informations ou à les utiliser à toute autre fin sans mon autorisation, à moins que cela ne soit permis par une loi fédérale ou nationale. Si je suis victime de discrimination à la suite de la divulgation de données relatives au VIH/SIDA, je peux contacter la Division des Droits de l'Homme de l'État de New York au 1-888-392-3644. Cette agence est responsable de la protection de mes droits.
- J'ai le droit de révoquer cette autorisation à tout moment en écrivant au prestataire désigné dans la rubrique 5. Je comprends que je peux révoquer cette autorisation sauf dans la mesure où une action a déjà été mise en œuvre sur la base de cette autorisation.
- La signature de cette autorisation est volontaire. Je comprends que, de manière générale, mes traitements, mes règlements, mon inscription à un régime de santé ou mon admissibilité aux prestations de santé ne seront pas subordonnés à cette autorisation de divulgation. Toutefois, je comprends que dans certaines circonstances, un traitement pourra m'être refusé si je ne signe pas ce consentement.

5. Nom et adresse du prestataire ou de l'entité autorisé à divulguer ces informations :		
6. Nom et adresse de la (les) personne(s) à qui ces informations seront divulguées :		
7. Fin à laquelle ces informations sont divulguées :		
8. Sauf révocation antérieure de ma part, les informations spécifiées ci-dessous peuvent être divulguées du : _____ au _____ DATE DE DÉBUT DATE D'EXPIRATION		
<input type="checkbox"/> Toutes les données médicales (à l'écrit ou oralement), à l'exception de :		
Pour que les données suivantes soient incluses, veuillez indiquer les données spécifiques pouvant être divulguées et apposez vos initiales ci-dessous.		
<input type="checkbox"/> Données relatives à des traitements contre l'alcoolisme / la toxicomanie	Informations à divulguer	Initiales
<input type="checkbox"/> Données cliniques concernant des traitements de santé mentale*		
<input type="checkbox"/> Données relatives au VIH/SIDA		
9. Nom du signataire, si la personne signant le formulaire n'est pas le patient :	10. Mandataire signant au nom du patient :	

Toutes les rubriques de ce formulaire ont été complétées, j'ai obtenu des réponses à toutes mes questions concernant ce formulaire et une copie de ce dernier m'a été fournie.

SIGNATURE DU PATIENT OU DE SON REPRÉSENTANT LÉGAL DATE

Déclaration / Signature du témoin : J'ai assisté à l'exécution de cette autorisation et déclare qu'une copie de cette autorisation signée a été remise au patient et/ou au représentant légal du patient.

NOM ET TITRE DU MEMBRE DU PERSONNEL SIGNATURE DATE

Ce formulaire peut être utilisé à la place du formulaire DOH-2557 et a été approuvé par le Bureau de la santé mentale de l'État de New York (NYS Office of Mental Health) et par les services du Bureau de l'alcoolisme et de la toxicomanie de l'État de New York (NYS Office of Alcoholism and Substance Abuse Services) afin de permettre la divulgation des données médicales. Cependant, ce formulaire n'oblige pas les professionnels de santé à divulguer des données médicales. Les données relatives au traitement de l'alcoolisme / la toxicomanie ou les données confidentielles relatives au VIH, divulguées par le biais de ce formulaire doivent être accompagnées des déclarations requises concernant l'interdiction de retransmission des données.

*Remarque : Les données relatives à la santé mentale provenant de dossiers cliniques peuvent être divulguées conformément à cette autorisation, aux parties identifiées dans la présente ayant un besoin manifeste d'obtenir ces informations, à condition que cette divulgation ne soit pas raisonnablement considérée comme pouvant être préjudiciable au patient ou à toute autre personne.