

**AUTORISATION DE TRANSMISSION D'INFORMATIONS MÉDICALES**

<b>Nom du patient/de la patiente</b>	<b>Date de naissance (MM/JJ/AAAA)</b>	<b>Numéro d'identifiant/# OSIS du patient/de la patiente</b>
<b>Adresse du patient/de la patiente</b>		

Je, ou la personne autorisée à me représenter, demande que les informations médicales relatives à mes soins et à mon traitement soient transmises selon les modalités que ce formulaire prévoit : en vertu de la loi de l'État de New York et des règles de confidentialité de la loi HIPAA portant sur la portabilité et les responsabilités en matière d'assurance maladie (Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA) de 1996, je déclare avoir compris ce qui suit :

- Cette autorisation peut inclure la divulgation d'informations relatives à l'**ABUS D'ALCOOL et DE DROGUES**, à **DES SOINS DE SANTÉ MENTALE**, à l'exception de notes prises durant une psychothérapie, et aux **INFORMATIONS CONFIDENTIELLES RELATIVES AU HIV/SIDA\***, uniquement si j'appose mes initiales sur la ligne correspondante à la rubrique 7. Si les informations médicales décrites ci-dessous correspondent à l'un de ces types d'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 (DOHMH) et au Département de l'Éducation de la Ville de New York (DOE) qui gèrent conjointement le Bureau de la santé scolaire.
- Si j'autorise la transmission de données relatives au VIH/SIDA, à un traitement contre l'abus d'alcool ou de drogues ou à des soins de santé mentale, le DOHMH n'est pas autorisé à les retransmettre sans mon autorisation, sauf permission accordée par la loi fédérale ou de l'État. Je comprends que j'ai le droit de demander la liste des personnes susceptibles de recevoir ou d'utiliser, sans mon autorisation, mes informations relatives au VIH/SIDA. Si je suis victime de discrimination à la suite de la transmission ou de la divulgation d'informations relatives au VIH/SIDA, j'ai le droit de contacter la Division des droits de l'homme de l'État de New York au (888) 392-3644 ou la Commission des droits de l'homme de la Ville de New York au (212) 306-7450. Ces agences sont responsables de la protection de mes droits.
- J'ai le droit de retirer cette autorisation à tout moment en le demandant par écrit aux prestataires de soins de santé auxquels j'ai donné mon autorisation pour transmettre mes informations. Je comprends que je peux retirer cette autorisation, sauf si des mesures ont déjà été prises sur la base de cette autorisation.
- Je comprends que signer cette autorisation est volontaire. Mon traitement, les frais à ma charge, mon inscription à une assurance santé ou mon droit à des prestations ne seront pas conditionnés par mon autorisation à divulguer ces informations.
- Les informations dont j'autorise la transmission peuvent être à nouveau transmises par le DOHMH ou le DOE (sauf comme indiqué ci-dessus dans la rubrique 2) et cette nouvelle transmission peut ne plus être protégée par la loi fédérale ou la loi de l'État.
- J'AUTORISE TOUS MES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ À TRANSMETTRE CES INFORMATIONS ET À DISCUTER DE CELLES-CI AVEC LE DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE MENTALE DE LA VILLE DE NEW YORK ET LE DÉPARTEMENT DE L'ÉDUCATION DE LA VILLE DE NEW YORK.**

7. Informations spécifiques à transmettre et à discuter :

Toutes les informations médicales (écrites ou orales), comprenant l'historique médical, les notes du cabinet (sauf celles prises durant une psychothérapie), les résultats de tests, les radiologies, les films, les recommandations, les consultations, les dossiers de facturation, les dossiers d'assurance, ainsi que toutes les pièces envoyées à mes prestataires de soins de santé par d'autres prestataires de soins de santé.

**Pour les patients présentant l'une des conditions médicales indiquées ci-dessous, apposez vos initiales pour autoriser la transmission d'informations : (apposez vos initiales pour donner votre autorisation)**

\_\_\_\_\_ Informations sur des traitements contre l'abus d'alcool/de drogues. *Précisez les dossiers à transmettre et l'organisation qui les transmettra :*

\_\_\_\_\_ Informations sur la santé mentale

\_\_\_\_\_ Informations relatives au VIH/SIDA

Si cette case est cochée, transmettez et discutez uniquement les informations médicales indiquées ici : \_\_\_\_\_

*(Utilisez cette case si vous ne voulez pas que le dossier entier soit transmis ou divulgué)*

8. RAISON JUSTIFIANT LA TRANSMISSION D'INFORMATIONS : CES INFORMATIONS SONT TRANSMISES SUR DEMANDE DU PATIENT/DE LA PATIENTE OU DE SON REPRÉSENTANT/SA REPRÉSENTANTE AUTORISÉ(E) PAR LA LOI, SAUF INDICATION CONTRAIRE PRÉCISÉE ICI :	9. CETTE AUTORISATION EST VALABLE JUSQU'À LA DATE À LAQUELLE LE PATIENT/LA PATIENTE NE FRÉQUENTE PLUS UNE ÉCOLE OU UN PROGRAMME GÉRÉ(E) PAR LE DOE OU NE BÉNÉFICIE PLUS DES SERVICES DU BUREAU DE LA SANTÉ SCOLAIRE, SAUF SI UNE DATE D'EXPIRATION EST INDIQUÉE ICI :
10. <u>À DÉFAUT DU PATIENT/DE LA PATIENTE, NOM EN MAJUSCULES DE LA PERSONNE SIGNANT LE FORMULAIRE : (À REMPLIR PAR LE PARENT/TUTEUR/LA TUTRICE)</u>	11. LIEN AVEC LE PATIENT/LA PATIENTE : <input type="checkbox"/> Patient(e) <input type="checkbox"/> Parent/tuteur/tutrice <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser ci-dessous)

Toutes les rubriques de ce formulaire ont été remplies, j'ai obtenu des réponses à mes questions sur ce formulaire et une copie du présent document m'a été fournie.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU PATIENT/DE LA PATIENTE OU DE SON REPRÉSENTANT/SA REPRÉSENTANTE  
AYANT L'AUTORISATION LÉGALE

\_\_\_\_\_  
DATE (MM/JJ/AAAA)

\*Virus de l'immunodéficience humaine qui cause le SIDA. La Loi sur la santé publique de l'État de New York protège les données qui pourraient raisonnablement permettre d'identifier une personne comme présentant des symptômes ou une infection par le VIH et les informations concernant les contacts d'une personne.  
\*\*Si une date d'expiration est indiquée dans la rubrique 9 ci-dessus, le formulaire expirera à cette date et un nouveau formulaire doit être soumis par le parent/tuteur légal ou la tutrice légale du patient/de la patiente ou toutes les autres personnes autorisées par la loi.