

AUTORISATION DE DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS DE SOINS DE SANTÉ

Belgrade Regional Health
4 Clement Way
Belgrade, ME 04917-4370
Fax: 207-495-3353

Bethel Family Health Center
32 Railroad St | PO Box 1367
Bethel, ME 04217-1367
Fax: 207-824-0012

Bingham Area Health & Dental
Center 237 Main St | PO Box 746
Bingham, ME 04920-0746
Health Fax: 207-572-3641
Dental Fax: 207-672-4829

Bulldog Health Center
Lawrence High School
9 School St
Fairfield, ME 04920-0746
Fax: 207-861-9625

Lovejoy Health Center
7 School St, Suite 1
Albion, ME 04910-6501
Fax: 207-861-9624

Madison Area Health Center
8 South Main St
Madison, ME 04950-4501
Fax: 207-696-3974

Mt. Abram Regional Health Center
25 Depot St
Kingfield, ME 04947-4208
Fax: 207-265-5004

Rangeley Family Medicine
42 Dallas Hill Rd | PO Box 569
Rangeley, ME 04970-0569
Fax: 207-864-2969

Richmond Area Health
24 Gardiner St
Richmond, ME 04357-1336
Fax: 207-737-4412

Sheepscot Valley Health Center
47 Main St | PO Box 207
Coopers Mills, ME 04341
Fax: 207-549-3439

Strong Area Health & Dental Center
177 North Main St
Strong, ME 04983-3005
Health Fax: 207-684-3368
Dental Fax: 207-684-3049

Western Maine Family Health
16 Depot St, Suite 300
Livermore Falls, ME 04254-1311
Fax: 207-897-2321

Nom : _____ Date de naissance : _____

Nom utilisé lors de votre traitement (si différent de celui mentionné ci-haut) : _____

Utilisez ce formulaire pour autoriser HRCHC à partager ou à recevoir vos dossiers et vos renseignements médicaux contenant des renseignements de santé protégés avec ou provenant de l'entité ou de la personne mentionnées ci-dessous.

J'autorise HRCHC :

- ☐ à **DONNER** mes renseignements de santé à :
☐ à **OBTENIR** mes renseignements de soins de santé de :

Nom de la personne ou de l'entité : _____

Adresse civile : _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Objectif de la divulgation (cocher tout ce qui s'applique) :

- ☐ Utilisation personnelle ☐ Objectifs légaux ☐ Transfert de soins ☐ Autre : _____

Identifiez les dossiers et les renseignements médicaux qui devraient être compris dans les renseignements de santé protégés :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Notes de visites de bureau | <input type="checkbox"/> Résultats de laboratoire/Pathologie | <input type="checkbox"/> Résultats d'imagerie |
| <input type="checkbox"/> Documents hospitaliers | <input type="checkbox"/> Rapports de consultants | <input type="checkbox"/> Dossiers de santé comportementales HRCHC |
| <input type="checkbox"/> Immunisations | <input type="checkbox"/> Diagnostic | <input type="checkbox"/> Dossier médical entier |
| <input type="checkbox"/> Dossiers dentaires : Notes et imagerie <input type="checkbox"/> Autre : _____ | | |

Dossiers pour ces dates : De : À :

***HRCHC divulguera les dossiers médicaux numériques ou physiques des 3 dernières années, à moins que d'autres**

dates sont spécifiées ci-haut

☐ **Si HRCHC divulgue vos dossiers : Cochez ici si vous désirez examiner les dossiers avant qu'ils ne soient divulgués.**

Veillez prendre rendez-vous pour consulter les dossiers dans notre bureau avant qu'ils ne soient divulgués.



AUTORISATION DE DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS DE SOINS DE SANTÉ

Nom : _____ Date de naissance : _____

Si je suis diagnostiqué(e) ou traité(e) pour ce qui suit, je comprends que l'entité divulgatrice a besoin de mon consentement spécifique. Indiquez si vous autorisez ou non la divulgation verbale des renseignements de santé protégés pour chacun des éléments suivants en paraphant la case appropriée.

J'AUTORISE	JE N'AUTORISE PAS	La divulgation des RSP concernant le traitement pour les DOSSIERS DU PROGRAMME DE TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET LES RENSEIGNEMENTS PROTÉGÉS PAR LA 42 C.F.R PARTIE 2.
initiales	initiales	
J'AUTORISE	JE N'AUTORISE PAS	La divulgation des RSP concernant le traitement à l'extérieur de HRCHC pour la SANTÉ COMPORTEMENTALE ET MENTALE . Je comprends que j'ai le droit d'examiner tout dossier médical contenant des RSP liés à ma santé mentale et comportementale qui sont conservés par des installations ou d'agences de santé mentale à tout moment avant de décider d'autoriser la divulgation sur ce formulaire.
initiales	initiales	
J'AUTORISE	JE N'AUTORISE PAS	La divulgation des RENSEIGNEMENTS LIÉS AU VIH/SIDA, Y COMPRIS les résultats de test. Je comprends qu'il existe des risques potentiels associés à la divulgation des renseignements liés au VIH/SIDA, y compris, mais sans s'y limiter, une discrimination et des changements au sein de la famille et des relations sociales.
initiales	initiales	

Je comprends que :

- Je peux retirer mon consentement en tout temps en remplissant un formulaire de révocation disponible à l'un de nos centres de santé, assujéti au droit de toute personne qui a agi en s'appuyant sur l'autorisation avant de revoir un avis qui a été révoqué.
- Je peux refuser de divulguer certains ou tous mes dossiers. Cependant, si je le fais, cela pourrait entraîner un diagnostic ou un traitement approprié, un refus de couverture ou une demande de prestations de santé ou d'assurance, ou d'autres conséquences néfastes. Des dossiers partiels ou incomplets seront étiquetés comme tel pour informer le fournisseur les recevant de leur statut. Le centre de santé ne retirera pas le traitement, que je fournisse ce formulaire d'autorisation ou que je retire mon consentement à la divulgation de renseignements médicaux protégés, sauf si la loi l'autorise.
- J'ai droit à une copie de ce formulaire d'autorisation.
- Il est possible que les renseignements divulgués en vertu de cette autorisation peuvent être divulgués à nouveau par les personnes ou les entités recevant les renseignements et que, par conséquent, ces renseignements peuvent ne plus être protégés.
- J'autorise HRCHC à utiliser ce formulaire pour divulguer des renseignements supplémentaires autorisés par ce formulaire.

Ce formulaire expirera un an après la date de signature, sauf si je révoque mon autorisation plus tôt ou fournis une date d'expiration antérieure. Si vous souhaitez fournir une date d'expiration, veuillez informer votre centre de santé.

Je, soussigné, autorise l'entité divulgatrice et ses employés ou agents de divulguer/obtenir/discuter des renseignements médicaux provenant de mon dossier médical.

Signature du(de la) patient(e)/Représentant(e) autorisé(e) :

Date :

Autorité légale
Décrivez votre autorité légale pour agir au nom du(de la) patient(e) (par ex., tuteur(trice), mandataire) : *Il se peut que nous demandions une documentation de votre autorité.*

Nom en caractères d'imprimerie : _____

Téléphone : _____

***La signature d'un(e) représentant(e) autorisé(e) certifie à l'entité divulgatrice que cette personne possède l'autorité légale indiquée pour autoriser la divulgation des renseignements et des dossiers du(de la) patient(e) en son nom.

Si cette autorisation permet la divulgation des renseignements sur le programme de troubles liés à la consommation de substances protégés par la 42 C.F.R. Partie 2 :

Avis au destinataire de l'interdiction de redivulguer : Ce dossier qui vous a été divulgué est protégé par les Règles de confidentialités fédérales (42 CFR Partie 2). Ces règles

vous interdisent d'utiliser ou de divulguer ce dossier, ou un témoignage décrivant les renseignements contenus dans ce dossier, dans toute procédure civile, pénale, administrative ou législative menée par une autorité fédérale, étatique ou locale, contre le(la) patient(e), sauf autorisation du consentement du(de la) patient(e), sauf comme prévu au 42 CFR 2.12(c)(5) ou comme autorisé par un tribunal conformément au 42 CFR 2.64 ou 2.65 De plus, les règles fédérales vous interdisent de faire toute autre utilisation ou divulgation de ce dossier, sauf si au moins l'une des conditions suivantes s'appliquent : (i) une utilisation ou une divulgation ultérieure est expressément autorisée par le consentement écrit de la personne dont les renseignements sont divulgués dans ce dossier ou comme autrement autorisé par le 42 CFR Partie 2; (ii) vous êtes une entité couverte ou un(e) associé(e) commercial(e) et avez reçu le dossier pour un traitement, un paiement ou des opérations de soins de santé ou; (iii) vous avez reçu le dossier d'une entité couverte ou d'un(e) associé(e) commercial(e) comme le permet le 45 CFR Partie 164, sous-parties A et E. Une autorisation générale pour la divulgation de renseignements médicaux ou autres N'est PAS suffisante pour satisfaire aux éléments requis du consentement écrit pour une utilisation ultérieure ou une nouvelle divulgation du dossier (voir 42 CFR 2.31).