



CS0020

**AUTORISATION POUR L'UTILISATION OU LA
 DIVULGATION DES / L'ACCÈS AUX
 INFORMATIONS MÉDICALES PROTÉGÉES
 (AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF /
 ACCESS TO PROTECTED HEALTH INFORMATION)**

French

Check (✓) Facility:

- | | | | | |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CUMC-Bergan Mercy | <input type="checkbox"/> Good Samaritan | <input type="checkbox"/> Immanuel | <input type="checkbox"/> Lakeside | <input type="checkbox"/> Mercy Corning |
| <input type="checkbox"/> Mercy Council Bluffs | <input type="checkbox"/> Midlands | <input type="checkbox"/> Missouri Valley | <input type="checkbox"/> Nebraska Heart | <input type="checkbox"/> Plainview |
| <input type="checkbox"/> Schuyler | <input type="checkbox"/> St. Elizabeth | <input type="checkbox"/> St. Francis | <input type="checkbox"/> St. Mary's | |
| <input type="checkbox"/> Clinic (Specify) _____ | <input type="checkbox"/> Other (Specify) _____ | | | |

Je, _____, par la
 (Écrivez en caractères d'imprimerie le nom de l'individu [par exemple, Patient[e], Résident[e], Client[e])
 présente autorise le(s) Établissement(s) indiqué(s) à utiliser et divulguer les informations médicales protégées
 suivant la description ci-dessous pour le Patient suivant (la Patiente suivante):

Nom du Patient (de la Patiente) (Patient Name)		Date de naissance (Date of Birth)
Adresse de rue (Street Address)		Téléphone (Phone)
Ville (City)	État (State)	Code Postal (Zip Code)

J'autorise la (les) personne(s) ou l'organisation (les organisations) suivante(s) à recevoir les informations:

Nom (Name)		
Adresse de rue (Street Address)		
Ville (City)	État (State)	Code postal (Zip Code)
Téléphone (Phone)	Télécopie (Fax)	Email

Les informations médicales individuellement identifiables suivantes peuvent être utilisées et/ou divulguées:

(Ci-dessous se trouvent les documents les plus fréquemment demandés. Ceci ne constitue pas votre dossier médical entier que vous avez le droit de demander.)

Cochez (✓) tout ce qui s'applique:

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Extrait (Comprend ¹) | <input type="checkbox"/> Dossiers de Salles d'Urgence | <input type="checkbox"/> Rapports de Laboratoire |
| <input type="checkbox"/> Sommaire de sortie/Diagnostic Final ¹ | <input type="checkbox"/> Données d'Immunisation (Vaccins) | <input type="checkbox"/> Notes de Kinésithérapie |
| <input type="checkbox"/> Doss. d'histoire et d'exams généraux ¹ | <input type="checkbox"/> Rapports de Radiologie (à savoir Rayons X) | <input type="checkbox"/> Notes d'Exam méd. gén |
| <input type="checkbox"/> Rapports de consultation ¹ | <input type="checkbox"/> Rapports d'autres diagnostics | <input type="checkbox"/> Liste des médicaments |
| <input type="checkbox"/> Opérations et Interventions ¹ | <input type="checkbox"/> Images de Diagnostic (Prep. par le Dép. de Radiologie) | <input type="checkbox"/> Facture détaillée |
| <input type="checkbox"/> Résultats de Tests de Diagnostics ¹ | <input type="checkbox"/> Autre _____ | |

Dates des traitements à donner:	Du: _____	Au: _____
----------------------------------------	-----------	-----------

Raison ou but pour l'utilisation et/ou la divulgation des informations:

Je demande que la forme de divulgation d'informations soit:

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Electronique (Portail) | <input type="checkbox"/> Papier (Courrier postal ou à retirer) | <input type="checkbox"/> Electronique (Email Protégé) |
| <input type="checkbox"/> Autre (USB, etc.**): _____ (**La pièce doit être fournie par l'établissement.) | | |



C S 0 0 2 0

**AUTORISATION POUR L'UTILISATION OU LA
DIVULGATION DES / L'ACCÈS AUX
INFORMATIONS MÉDICALES PROTÉGÉES
(AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF /
ACCESS TO PROTECTED HEALTH INFORMATION)**

French

J'autorise la divulgation de toute information contenue dans les dossiers ci-dessus concernant le traitement d'usage de stupéfiants et l'abus d'alcool, les conditions liées aux drogues, l'alcoolisme, la condition psychiatrique/psychologique, le traitement de santé psychiatrique/mental et/ou les conditions liées au SIDA.

Interdiction relative au conditionnement de l'autorisation: Le prestataire des soins de santé ne va pas conditionner le traitement au fait que vous signez cette autorisation, sauf:

- Si vous êtes en train de recevoir un traitement lié à la recherche; ou
- La seule raison pour laquelle l'Établissement est en train de vous donner des soins de santé est d'effectuer un rapport à une tierce partie, comme votre employeur, par exemple l'aptitude de retourner au travail) ou votre école (par exemple le bilan d'éducation physique).

Re-Divulgation: J'ai bien compris que les informations utilisées et/ou divulguées suivant cette autorisation peuvent ne plus être protégées par la loi fédérale de confidentialité (également connue comme *HIPAA*) et le destinataire de mes informations médicales peut virtuellement les re-divulguer. Toutefois, sous les Exigences de Confidentialité Fédérales en matière d'Abus de Stupéfiants (*Federal Substance Confidentiality Requirements*), 42CFR Part 2, le destinataire peut subir l'interdiction de divulguer des informations identifiables concernant l'usage de stupéfiants.

Expiration: Cette Autorisation va expirer une année à partir de la date de sa signature sauf si l'Établissement reçoit une Revocation ainsi que cela est stipulé ci-bas.

Revocation: J'ai bien compris que je peux révoquer cette Autorisation à tout moment en le notifiant par écrit à l'Établissement, cela en adressant une lettre à l'Entité de CHI spécifiée sur cette Autorisation de divulgation ou en remplissant un formulaire de "Revocation d'Autorisation" (*Revocation of Authorization*). J'ai bien compris que si je révoque cette Autorisation, cela ne va affecter aucune action qui avait été prise avant la réception de la lettre de Revocation. J'ai bien compris que l'Établissement ne peut pas résilier les divulgations qu'il a déjà effectuées et peut utiliser mes informations médicales comme nécessaires pour la facturation et le recouvrement pour des services rendus.

Cette Autorisation revêt un caractère exécutoire: Les déclarations formulées dans cette Autorisation revêtent un caractère exécutoire, de contrôle et j'ai bien compris qu'elles jouissent d'une priorité par rapport aux déclarations formulées dans la Notice des Pratiques de la Confidentialité (*Notice of Privacy Practices*) de l'Établissement.

J'ai bien compris qu'on pourrait imputer des frais pour des copies de mon dossier médical.

Si cette Autorisation est destinée au marketing de la part de l'Entité couverte, indiquez si l'Entité couverte va recevoir une compensation pour l'utilisation et la divulgation des informations médicales protégées. Oui Non

Signature de l'Individu ou du Représentant Personnel (de la Représentante Personnelle) (Signature of Individual or Personal Representative)	Date (Requise) (Date (Required))
Nom en caractères d'imprimerie du Représentant Personnel (de la Représentante Personnelle) de l'Individu (si cela est applicable) (Printed Name of Individual's Personal Representative [if applicable])	
Raisons pour servir comme Représentant Personnel (Représentante Personnelle) de l'Individu (par exemple, parent, gardien légal) (Rationale for Serving as Personal Representative to the Individual [e.g., parent, legal guardian])	

(Veuillez inclure les documents de preuve à l'appui, tels que des documents de Procuration, ou d'autres documents établissant le statut de Représentant[e] Personnel[le], quand cela est applicable.)