



CS0020

AUTORISATION DE DIVULGATION D'INFORMATIONS DU DOSSIER MÉDICAL (MEDICAL RECORDS AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF INFORMATION)

Veillez marquer à partir d'où le dossier va être livré:

- Alegent Creighton Clinic
 Bergan Mercy Medical Center
 Community Memorial Hospital, Missouri Valley
 Immanuel Medical Center
 Lakeside Hospital
 Memorial Hospital, Schuyler
 Mercy Hospital, Corning
 Mercy Hospital, Council Bluffs
 Midlands Hospital
 Psychiatric Associates
 Other _____ Numéro de contact à l'Installation si connu _____

Par la présente, j'autorise l'Installation (les Installations) pointée(s) ci-dessus à livrer les informations suivantes en provenance du dossier de:

Nom du Patient (de la Patiente)	Numéro du Patient (de la Patiente)
Adresse	Date de naissance
Ville / État / Code + 4	Téléphone ()

Un conservateur de dossiers médicaux de l'Installation attitré ou une personne (des personnes) identifiée(s) comme responsable(s) de ces dossiers procédera (procéderont) à cette divulgation. Les informations à livrer à partir de l'Installation (des Installations) pointée(s) ci-dessus comprennent (pointez tout ce qui s'y applique):

- Rapports de conditionnement chimique
 Sommaire de sortie d'hôpital
 Rapports éducationnels / École
 Laboratoire
 Évaluations de santé mentale
 Passé et Examens généraux
 Notes de réadaptation
 Radiographie
 Notes de progrès clinique
 Nom et diagnostic seulement
 Tous les dossiers médicaux associés à mon traitement
 Autres _____

J'ai très bien compris que ceci comprendra les informations relatives à (pointez si cela s'y applique):

- Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou Virus séropositif associé au SIDA (HIV)
 Informations relatives à la santé mentale (Iowa seulement: Veuillez noter que des individus sont habilités à contrôler les matériaux à livrer)
 Sessions d'orientation de santé mentale en commun (Veuillez noter qu'un Formulaire d'Autorisation doit être obtenu de tous les individus présents au cours de pareilles sessions.)
 Notes de traitement psychothérapeutique (Un formulaire d'Autorisation distinct doit être signé pour la divulgation des notes de traitement psychothérapeutique)
 Traitement pour l'alcool et/ou l'usage de stupéfiants

J'ai très bien compris que ceci couvrira toutes les informations relatives à toutes les dates de soins à moins que je ne spécifie autrement ci-dessous:

Couvrant la (les) période(s) de soins : du _____ au _____

Ces informations seront livrées à (veuillez être spécifique en incluant le nom de l'individu et/ou de l'Installation et l'adresse):

pour le but de _____

Si aucun but n'est déclaré, le but de la divulgation sera alors "à ma demande".

J'ai bien compris que cette Autorisation peut être abrogée à tout moment, sauf dans la mesure où une action en rapport avec cette Autorisation a déjà été menée. J'ai très bien compris que si je désire abroger cette Autorisation je dois le faire par écrit et présenter mon abrogation écrite au département des dossiers médicaux ou au conservateur auprès de qui l'Autorisation originale a été soumise.

À moins qu'elle ne soit abrogée autrement, cette Autorisation expirera à la date, à l'événement ou à la condition suivants: _____

Si je manque de spécifier une date d'expiration, un événement ou une condition, cette Autorisation expirera douze (12) mois à compter de la date ci-dessous.

J'ai très bien compris que la divulgation de ces informations d'ordre médical est facultative. Je peux refuser de signer cette Autorisation. Je n'ai pas besoin de signer cette autorisation pour recevoir un traitement. Alegent Creighton Health ne va conditionner aucun traitement, aucun paiement, aucun enrôlement, aucune qualification pour les avantages sociaux sur le fait que je signe cette autorisation. J'ai très bien compris que je peux contrôler ou copier les informations à utiliser ou livrer, ainsi que cela est stipulé dans les dispositions 45 CFR 164.524. J'ai très bien compris que toute divulgation d'informations implique la possibilité d'une redivulgation non autorisée et que les informations peuvent ne plus être protégées par les lois fédérales de confidentialité. Si j'ai des questions concernant la divulgation de mes informations médicales, je peux contacter le Bureau de Confidentialité d'Alegent Creighton Health au (402) 717-1730.

- Ces informations vous ont été livrées à partir d'un dossier qui peut être protégé par les Règlements Fédéraux de Confidentialité (dispositions 42 CFR Part 2). Les règlements fédéraux vous interdisent d'effectuer une nouvelle divulgation de ces informations à moins qu'une nouvelle divulgation ne soit permise par le consentement écrit de la personne à laquelle elle se rapporte ou ainsi que cela est permis autrement par les dispositions 42 CFR Part 2. Une autorisation générale pour la livraison d'informations médicales ou d'autres informations n'est pas suffisante pour cette disposition. Les règlements fédéraux limitent tout usage d'informations pour mener des investigations criminelles ou poursuivre tout(e) patient(e) d'usage d'alcool ou de stupéfiants.

Signature du Patient (de la Patiente)	Date
Signature du Parent/du Tuteur Légal si le Patient /la Patiente est un(e) Mineur(e)/Personne munie d'une Procuration/Tuteur	Relation avec le Patient (la Patiente)
	Date