

# AUTORISATION D'UTILISATION DES INFORMATIONS SANTÉ PROTÉGÉES

## Utilisation et / ou divulgation des dossiers médicaux

### 1. PATIENT INDIVIDUEL (OU REPRÉSENTANT PERSONNEL) CONFIRMANT L'AUTORISATION

Le nom du patient: \_\_\_\_\_ Compte patient #: \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale du patient: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

### 2. L'UTILISATION ET / OU LA DIVULGATION AUTORISÉE

Je donne mon autorisation pour que mes informations de santé protégées soient utilisées / ou divulguées comme décrit ci-dessous:

À:  De:

Centre médical et dentaire Olde Towne  
5249, chemin Olde Towne, bureau D  
Williamsburg, Virginie 23188  
P: (757) 259-3258  
F: (757) 220-1953

À:  De:

Nom: \_\_\_\_\_  
Emplacement: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Téléphone /Fax #: \_\_\_\_\_

#### Objectif pour lequel les divulgations doivent être faites:

- Autorisation de discuter des informations de santé protégées avec l'individu spécifié ci-dessus  
 Soins continus  Soins de transfert  Autre: \_\_\_\_\_

#### Informations à divulguer:

- Tous les dossiers médicaux  Histoire et examen physique  Rapports de laboratoire  \_\_\_\_\_  
 Dossiers dentaires  Registres d'immunisation  Relevés de facturation  \_\_\_\_\_

#### Les éléments suivants doivent être vérifiés pour être inclus dans l'utilisation et / ou la divulgation d'autres informations sur la santé:

- Informations et / ou registres relatifs au VIH / SIDA  Informations et / ou dossiers sur la santé mentale  
 Informations et / ou registres sur les tests génétiques  Information sur le diagnostic, le traitement ou l'aiguillage des drogues / alcool

### 3. CESSER CETTE AUTORISATION ET / OU CHANGER D'ESPRIT SUR CES INFORMATIONS

Je comprends que je peux inspecter ou demander des copies de toute information divulguée par cette autorisation. Je crois comprendre que cette autorisation expirera 60 jours à compter de la date de signature ci-dessous, à moins qu'elle ne soit révoquée plus tôt. Je comprends que je peux révoquer cette autorisation en avisant, par écrit, le service des dossiers médicaux, sachant que les informations précédemment divulguées ne feraient pas l'objet de ma demande de révocation. De plus, je comprends que si je donne cette autorisation comme condition d'obtention de la couverture et que je révoque cette autorisation, la compagnie d'assurance a le droit de contester mes réclamations au titre de la police d'assurance.

### 4. SIGNER CETTE AUTORISATION N'EST PAS UNE CONDITION DE TRAITEMENT

Je comprends que dans la plupart des cas, un fournisseur de soins de santé ne peut pas conditionner le traitement, le paiement, l'inscription ou l'admissibilité aux prestations à ma signature de cette autorisation. Je comprends également que si la ou les personnes ou entités qui reçoivent les informations ne sont pas un fournisseur de soins de santé ou un régime de santé couvert par les réglementations fédérales sur la confidentialité, les informations décrites ci-dessus peuvent être divulguées à nouveau et ne sont plus protégées par ces réglementations. Par conséquent, je dégage Olde Towne Medical Center, ses employés et mes médecins de toute responsabilité découlant de cette divulgation de mes informations médicales.

### 5. SIGNATURE DU PATIENT INDIVIDUEL

J'ai eu la chance de lire et de réfléchir au contenu de ce formulaire d'autorisation et je suis d'accord avec toutes les déclarations faites dans cette autorisation. Je comprends qu'en signant ce formulaire, je confirme mon autorisation d'utilisation et / ou de divulgation de la santé protégée informations décrites dans ce formulaire avec les personnes et / ou organisations citées dans ce formulaire.

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Si ce formulaire d'autorisation est signé par un représentant personnel du patient individuel:

Relation avec le patient individuel: \_\_\_\_\_

Nom du représentant personnel: \_\_\_\_\_

nom en caractères d'imprimerie

Signature

VOUS AVEZ LE DROIT D'AVOIR UNE COPIE DE CE FORMULAIRE APRÈS AVOIR SIGNÉ.

Placer l'autorisation dans le dossier médical du patient.