

AUTORISATION HIPAA D'UTILISATION ET DE DIVULGATION D'INFORMATIONS DE SANTÉ

Pour la divulgation des informations de santé personnelles de :

Nom du patient : _____ Tél. : _____ Date de naissance : _____
Adresse : _____ Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Divulgarion à : Destinataire : _____ Tél. : _____
Adresse : _____ Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Divulgarion par : Entité de divulgation : _____ Tél. : _____

Le but de la divulgation est : ☐ À la demande de l'intéressé ☐ Autre : _____
Dates des soins administrés au patient couvertes par cette autorisation : _____

Divulgarion des informations suivantes :

- | | | | |
|---|---|--|--|
| ☐ Fiche d'hospitalisation | ☐ Rapport(s) de pathologie | ☐ Dossier(s) du service d'urgence | ☐ Antécédents médicaux et examens physiques |
| ☐ Rapport(s) d'examen radiologiques | ☐ Relevé de facturation détaillé | ☐ Consultation(s) | ☐ Rapport(s) de laboratoire |
| ☐ Rapport(s) d'interventions chirurgicales | ☐ Rapport(s) d'examen cardiologiques | ☐ Notes d'évolution | ☐ Plan(s) de traitement |
| ☐ Autres dossiers (selon les indications) : _____ | | | |
| ☐ Dossier médical complet (à l'exception des dossiers relatifs aux informations hautement confidentielles) | | | |

Divulgarion d'informations hautement confidentielles :

En cochant l'une des cases à côté d'une catégorie des Informations hautement confidentielles répertoriées ci-dessous, j'autorise spécifiquement l'utilisation et/ou la divulgation de la catégorie d'Informations hautement confidentielles indiquée à côté de la case :

(Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent. Si vous ne cochez pas une case, aucune information ne sera divulguée à quelque fin que ce soit.)

- | | |
|--|--|
| ☐ Maladie mentale ou déficience intellectuelle | ☐ Abus envers un adulte handicapé |
| ☐ Maladies sexuellement transmissibles (MST) | ☐ Tests génétiques |
| ☐ Agression sexuelle | ☐ Test ou traitement du VIH/SIDA (incluant le fait qu'un test de VIH ait été commandé, effectué ou rapporté, indépendamment du fait que les résultats aient été positifs ou négatifs) |
| ☐ Consommation de substances (alcool ou drogue) | |
| ☐ Abus et négligence envers un enfant | |

Cette autorisation reste valide :

- ☐ À partir de la date de la présente autorisation jusqu'à : _____
- ☐ Jusqu'à ce que l'entité divulgateur donne suite à la demande ou pour 120 jours à compter de la date de signature de cette autorisation, selon la première occurrence.

Je comprends que :

- Les informations divulguées en vertu de la présente autorisation peuvent faire l'objet d'une redivulgaration par le destinataire, et ne plus être protégées par la législation fédérale et de l'Illinois en vigueur.
- Je peux refuser de signer la présente autorisation pour quelque raison que ce soit, et l'entité divulgateur ne saurait conditionner mon traitement à la signature ou non de cette autorisation, à moins que mon traitement ne soit lié à la recherche ou que mes soins de santé n'aient pour seul but que de générer des informations de santé protégées destinées à être divulguées au destinataire indiqué dans la présente autorisation.
- J'ai le droit de révoquer cette autorisation à tout moment par écrit. En vertu de cette autorisation, la révocation prend effet immédiatement auprès de l'entité divulgateur dès réception par cette dernière de ma notification de révocation écrite.
- Je peux contacter le service de gestion des informations de santé du Taylorville Memorial Hospital au 217-707-5570 ou le service de protection de la vie privée du Memorial Health (MH) à l'adresse : agent chargé de la protection de la vie privée MH, 701 N. First St., Springfield, Illinois 62781-0001 ; par téléphone au 217-757-7753 ; par le biais du service AlertLine de la conformité et de la confidentialité au 800-541-9331 ; ou par e-mail à l'adresse ROIGeneral@mhsil.com.

J'ai lu et compris les termes de la présente autorisation, et j'autorise sciemment et volontairement l'entité de divulgation ci-dessus à utiliser et à divulguer mes informations de santé dans les conditions susmentionnées.

Signature du patient ou de son représentant légal _____ Date/Heure _____

Si l'autorisation est signée par le représentant légal, indiquer le lien avec le patient : _____



AUTORISATION HIPAA D'UTILISATION ET DE DIVULGATION D'INFORMATIONS DE SANTÉ

Je comprends qu'une fois que l'entité divulgatrice communique mes informations de santé au destinataire, elle n'est pas en mesure de garantir que celui-ci ne les divulguera pas à son tour à une tierce partie. La tierce partie peut ne pas être tenue de respecter cette autorisation ou la législation fédérale ou de l'Illinois applicable en matière d'utilisation et de divulgation des informations de santé.

Je comprends que l'entité divulgatrice peut, directement ou indirectement, recevoir d'une tierce partie une rémunération relative à l'utilisation ou à la divulgation de mes informations de santé.

Je comprends que l'entité divulgatrice peut rejeter cette demande dans certaines circonstances limitées définies par la législation fédérale et de l'Illinois sur la protection de la confidentialité des informations de santé. Je comprends que, sauf disposition contraire de la loi applicable, j'ai le droit de demander l'examen du rejet de ma demande par un professionnel de santé agréé sélectionné par l'entité divulgatrice, qui n'a pas participé à la prise de la décision de rejet de ma demande formulée par l'entité divulgatrice.

Je comprends que je peux envoyer à tout moment à l'entité divulgatrice une demande écrite afin d'étudier et/ou d'obtenir une copie de mes informations de santé, et que l'entité divulgatrice doit, sous trente (30) jours à compter de la date de réception de la demande écrite, soit y donner suite et me contacter pour convenir d'une heure appropriée pour procéder à l'étude et/ou à la copie de mes informations de santé, soit me fournir par écrit un rejet motivé de ma demande, incluant mes droits de consultation de mes informations de santé (le cas échéant), ainsi que la procédure de dépôt de plainte pour rejet et l'autorité compétente en la matière.

Je comprends que je peux refuser de signer ou révoquer à tout moment cette autorisation pour quelque raison que ce soit, et que ce refus ou cette révocation n'affecte pas le début, la poursuite ou la qualité de mon traitement au Memorial Health, à moins, toutefois, que mon traitement au Memorial Health n'ait d'autre but que de générer des informations de santé destinées à être divulguées au destinataire identifié dans la présente autorisation. Dans ce cas, le Memorial Health peut refuser de me traiter si je ne signe pas la présente autorisation.

Je comprends que cette autorisation reste valide jusqu'à son terme ou jusqu'à ce que je fournisse une notification de révocation écrite au service en charge de la divulgation des dossiers de l'entité divulgatrice. La révocation prend immédiatement effet dès réception par l'entité de divulgation de mon avis écrit, à moins que la révocation n'ait une incidence sur les actions entreprises sur la base de la présente autorisation par l'entité de divulgation avant la réception par cette dernière de mon avis de révocation écrit.

Je peux contacter le service de gestion des informations de santé du Taylorville Memorial Hospital au 217-707-5570 ou le service de protection de la vie privée du MH à l'adresse : agent chargé de la protection de la vie privée MH, 701 N. First St., Springfield, Illinois 62781-0001 ; par téléphone au 217-757-7753 ; par le biais du service AlertLine de la conformité et de la confidentialité au 800-541-9331 ou par e-mail à l'adresse ROIGeneral@mhsil.com.