



**NYCHHC HIPAA – Autorisation de communiquer des renseignements sur la santé**  
TOUTES LES CASES DOIVENT ÊTRE REMPLIES

**NE PAS UTILISER LE PRÉSENT FORMULAIRE POUR OBTENIR DES AUTORISATIONS EN MATIÈRE DE RECHERCHE OU DE COMMERCIALISATION, DE RECOLTE DE FONDS OU DE RELATIONS PUBLIQUES**

NOM ET ADRESSE DU PATIENT	DATE DE NAISSANCE	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DU PATIENT (SSN)
	NUMÉRO DU DOSSIER MÉDICAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
NOM DE L'AGENT DES SERVICES DE SANTÉ DEVANT COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS	RENSEIGNEMENTS SPÉCIFIQUES À COMMUNIQUER : Renseignements demandés _____ Dates de traitement du _____ au _____	
NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE OU DE L'ENTITÉ À LAQUELLE LES RENSEIGNEMENTS SERONT COMMUNIQUÉS	RENSEIGNEMENTS À COMMUNIQUER (si la case est cochée, vous autorisez la communication de ce type de renseignements). <b>Attention : nous ne pouvons traiter votre demande que si toutes les cases sont cochées.</b> <input type="checkbox"/> Alcoolisme ou toxicomanie <input type="checkbox"/> Renseignements sur la santé mentale <input type="checkbox"/> Renseignements sur les programmes <input type="checkbox"/> Renseignements sur le dépistage génétique <input type="checkbox"/> Renseignements liés au VIH/SIDA	
RAISON DE COMMUNIQUER LES RENSEIGNEMENTS <input type="checkbox"/> Question juridique <input type="checkbox"/> Demande individuelle <input type="checkbox"/> Autres (veuillez spécifier) : _____	QUAND CETTE AUTORISATION EXPIRERA-T-ELLE ? (Veuillez cocher une case) <input type="checkbox"/> Événement : _____ <input type="checkbox"/> À cette date : _____	

Je soussigné (ou mon représentant agréé) autorise l'utilisation ou la communication de mes renseignements médicaux ou de facturation tels que je les ai exposés sur le présent formulaire.

Je comprends que mes renseignements médicaux ou de facturation peuvent être communiqués à nouveau et ne plus être protégés par la réglementation fédérale sur la protection des renseignements privés sur la santé, au cas où le ou les destinataires mentionnés sur le présent formulaire ne seraient pas tenus par la loi de protéger les renseignements privés.

Je comprends que si mes dossiers médicaux ou de facturation contiennent des renseignements relatifs à l'**ALCOOLISME** ou à la **TOXICOMANIE**, au **DÉPISTAGE GÉNÉTIQUE**, à la **SANTÉ MENTALE** ou aux **RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS SUR LE VIH/SIDA**, ces renseignements ne seront pas communiqués aux personnes que j'ai indiquées, à moins que je n'aie coché les cases correspondant auxdits renseignements figurant sur le présent formulaire.

Je comprends que si j'autorise l'utilisation ou la communication de renseignements relatifs au VIH/SIDA, il est interdit à ses destinataires d'utiliser ou de communiquer à nouveau lesdits renseignements relatifs au VIH/SIDA sans mon autorisation, à moins que ce soit permis par les lois fédérales ou de l'État. Je comprends également que j'ai le droit de demander une liste de personnes qui pourraient recevoir ou utiliser mes renseignements relatifs au VIH/SIDA sans mon autorisation. Si je fais l'objet d'une discrimination du fait de l'utilisation ou de la communication de renseignements relatifs au VIH/SIDA, je pourrai m'adresser au Centre pour les droits de l'homme de l'État de New York en appelant le 212.480.2493 ou à la Commission des droits de l'homme de la ville de New York en appelant le 212.306.7450. Ces organismes sont chargés de protéger mes droits.

Je comprends que j'ai le droit de refuser de signer la présente autorisation et que mes soins de santé, le paiement de mes soins de santé, ainsi que mes prestations de soins de santé ne seront pas affectés si je ne signe pas le présent formulaire. Je comprends également que si je refuse de signer la présente autorisation, NYCHHC ne sera pas en mesure de satisfaire à ma demande de communiquer mes renseignements médicaux et de facturation.

Je comprends que j'ai le droit de demander de vérifier ou de recevoir une copie des renseignements mentionnés sur le présent formulaire d'autorisation en remplissant un formulaire de demande d'accès (*Request for Access Form*). Je comprends également que j'ai le droit de recevoir une copie du présent formulaire après l'avoir signé.

Je comprends que si j'ai signé le présent formulaire d'autorisation d'utiliser ou de communiquer mes renseignements médicaux ou de facturation, j'ai le droit de me rétracter à tout moment, sauf si NYCHHC a déjà entrepris certaines démarches fondées sur mon autorisation ou si celle-ci a été obtenue comme condition préalable à l'obtention d'une couverture d'assurance.

Si vous voulez annuler la présente autorisation, veuillez vous adresser au bureau de la Direction des renseignements sur la santé (*Health Information Management*) qui traite cette demande.

**J'ai lu le présent formulaire et j'ai obtenu une réponse à toutes mes questions. En signant ci-dessous, je reconnais avoir lu et accepté tout ce qui précède.**

SIGNATURE DU PATIENT OU DE SON REPRÉSENTANT PERSONNEL	SI VOUS N'ÊTES PAS LE PATIENT, VEUILLEZ INDIQUER EN LETTRES MAJUSCULES LE NOM ET L'ADRESSE DE CONTACT DU REPRÉSENTANT PERSONNEL SIGNANT LE FORMULAIRE
DATE	DESCRIPTION DU MANDAT DU REPRÉSENTANT PERSONNEL D'AGIR AU NOM DU PATIENT

**Si HHC a demandé la présente autorisation, le patient ou son représentant personnel doit recevoir une copie du présent formulaire après l'avoir signé.**  
**(If HHC has requested this authorization, the patient or his/her Personal Representative must be provided a copy of this form after it has been signed.)**

HHC USE ONLY	
Date Received:	Initials of HIM employee processing request:
Date Completed	Comments