



Point d'accès unique pour les enfants de la ville de New York : autorisation de divulgation d'informations

Nom de l'enfant/du/de la patient(e) :	Date de naissance :
---------------------------------------	---------------------

Je, _____, autorise le Département de la santé et de l'hygiène mentale de la ville de New York, par l'intermédiaire de son point d'accès unique pour les enfants (Children's Single Point of Access, CSPOA), à divulguer et à recevoir, ou à accéder aux informations suivantes concernant mon enfant (ou moi-même si j'ai 18 ans ou plus) :

toutes les évaluations scolaires, médicales, de traitement de la toxicomanie et de santé mentale, y compris le formulaire de recommandation universel ; les évaluations psychiatriques et psychologiques ; les évaluations psychosociales ; les rapports de sortie ; toutes les données cliniques ; les notes de psychothérapie enregistrées par un prestataire de soins de santé qui est un professionnel de la santé mentale documentant ou analysant le contenu des conversations au cours d'une séance de conseil privée ou d'une séance de conseil en groupe, conjointe ou familiale, qui pourraient être séparées du reste de mon dossier médical ; toutes les données détenues ou obtenues par le CSPOA ; et les autres informations énumérées dans l'encadré ci-dessous :

Autres informations à divulguer [si les informations divulguées sont soumises à la 42 CFR Part 2, énumérez les informations exactes ici] :

J'autorise le CSPOA à divulguer et à recevoir, ou à accéder aux informations énumérées ci-dessus de tout régime de santé, médecin, professionnel de la santé, hôpital, clinique, laboratoire, pharmacie, établissement médical ou autre prestataire de soins de santé, travailleur social, organisation de services sociaux, prestataire de services de santé mentale, ou autre personne ou organisation énumérée dans la case ci-dessous qui a fourni ou fournira un paiement, un traitement ou des services à mon enfant ou en son nom (ou à moi ou en mon nom si j'ai 18 ans ou plus) :

Nom de la ou des autres personnes ou organisations qui doivent divulguer les informations [si les informations divulguées sont soumises à la 42 CFR Part 2, veuillez indiquer la ou les personnes ou organisations exactes et le nom du ou des contacts qui recevront les informations] :

Cette autorisation expirera lorsqu'elle sera révoquée par moi, sauf si une date ou un événement est spécifié dans l'encadré ci-dessous :

Date à laquelle ou événement dans le cadre duquel cette autorisation expirera :

Ces informations sont divulguées ou reçues par le CSPOA à ma demande et/ou à des fins d'évaluation des services, de détermination de l'admissibilité, d'orientation vers des services ou de prestation de services pour mon enfant (ou moi si j'ai 18 ans ou plus), et/ou aux fins énumérées dans l'encadré ci-dessous :

Autre(s) finalité(s) de la divulgation :

Je comprends que je ne suis pas obligé(e) de signer cette autorisation et que mon refus de signer n'affectera pas la capacité de mon enfant (ou ma capacité si j'ai 18 ans ou plus) à obtenir un traitement, ni n'affectera l'admissibilité de mon enfant (ou mon admissibilité si j'ai 18 ans ou plus) aux services. À quelques exceptions près, les informations une fois divulguées peuvent être divulguées à nouveau par le destinataire.

Je comprends également que j'ai le droit de révoquer cette autorisation à tout moment en écrivant à : DOHMH, Attn: CSPOA, 42-09 28th St., Long Island City, NY 11101. Je suis conscient(e) que ma révocation ne sera pas effective si les personnes ou organisations que j'ai autorisées à utiliser et/ou à divulguer des informations concernant mon enfant (ou moi-même si j'ai 18 ans ou plus) ont déjà pris des mesures en raison de mon autorisation.

Signature du/de la patient(e) ou du représentant autorisé par la loi

Date

3.25 French