

Qui peut discuter de vos renseignements médicaux

Nom du patient :		Date de naissance :										
À PROPOS DE CE FORMULAIRE :												
<ul style="list-style-type: none"> Laisser les personnes énumérées ci-dessous avoir des informations sur vos soins médicaux ou votre paiement verbalement en personne ou par téléphone, ce formulaire ne remplace PAS la divulgation d'informations qui permet des copies des dossiers médicaux Informez les personnes énumérées ci-dessous ou un organisme de secours en cas de catastrophe de votre emplacement, de votre état de santé ou de votre décès 												
CES PERSONNES PEUVENT AVOIR MES RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ												
1. Nom :		Relation avec vous :										
N° de téléphone :		Adresse municipale :										
Ville :		État :	Code postal :									
2. Nom :		Relation avec vous :										
N° de téléphone :		Adresse municipale :										
Ville :		État :	Code postal :									
1. Nom :		Relation avec vous :										
N° de téléphone :		Adresse municipale :										
Ville :		État :	Code postal :									
VEUILLEZ SIGNER ICI :												
<p>En signant ci-dessous, j'autorise Promise Healthcare à parler de mes informations de santé aux personnes énumérées ci-dessus. Encore une fois, ce formulaire ne remplace PAS la divulgation de renseignements qui permet des copies des dossiers médicaux :</p> <p>Cochez tout ce que vous approuvez :</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Toutes les informations</td> <td><input type="checkbox"/> Renseignements sur les rendez-vous</td> <td><input type="checkbox"/> Résultats de laboratoire</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Informations de facturation</td> <td><input type="checkbox"/> Traitement(s)</td> <td><input type="checkbox"/> Services dentaires</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Résultats des tests</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Autre : _____</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Toutes les informations	<input type="checkbox"/> Renseignements sur les rendez-vous	<input type="checkbox"/> Résultats de laboratoire	<input type="checkbox"/> Informations de facturation	<input type="checkbox"/> Traitement(s)	<input type="checkbox"/> Services dentaires	<input type="checkbox"/> Résultats des tests	<input type="checkbox"/> Autre : _____	
<input type="checkbox"/> Toutes les informations	<input type="checkbox"/> Renseignements sur les rendez-vous	<input type="checkbox"/> Résultats de laboratoire										
<input type="checkbox"/> Informations de facturation	<input type="checkbox"/> Traitement(s)	<input type="checkbox"/> Services dentaires										
<input type="checkbox"/> Résultats des tests	<input type="checkbox"/> Autre : _____											
Signature du patient/parent/tuteur :		Date du jour										
Votre autorisation expire dans un an, sauf si elle est annulée par écrit												
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SENSIBLES À DIVULGUER (initiale du patient et date requise pour chaque élément) :												
Je comprends que les dossiers demandés ci-dessus peuvent contenir des informations médicales sensibles qui nécessitent mon consentement spécifique pour être discutées. J'autorise spécifiquement Promise Healthcare à												

Formulaire d'Autorisation HIPAA

parler de mes informations de santé avec les personnes énumérées ci-dessus. Encore une fois, ce formulaire ne remplace PAS le formulaire de divulgation de renseignements qui permet d'obtenir des copies des dossiers médicaux :

- | | | | |
|--------------------------|---|-------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | Santé mentale/comportementale | Initiales : _____ | Date: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Dossiers sur l'abus d'alcool et de drogues | Initiales : _____ | Date: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Génétique | Initiales : _____ | Date: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Soins génésiques | Initiales : _____ | Date: _____ |
| <input type="checkbox"/> | VIH/SIDA/Maladies Sexuellement Transmissibles | Initiales : _____ | Date: _____ |

À noter :

Les informations médicales suivantes d'un patient âgé de 12 à 17 ans (patient mineur) sont limitées comme suit :

La consommation de drogues et d'alcool, la santé reproductive, le SIDA/VIH ou le contrôle des naissances/les Maladie(s) Sexuellement Transmissible(s) /Agression Sexuelle, ainsi que toute information sur la santé générée à la suite du consentement indépendant légalement autorisé du patient mineur au traitement, nécessitent la signature du patient mineur pour cette discussion.

Les renseignements sur la santé mentale ou les troubles du développement sont disponibles après la signature du patient mineur, à condition que le patient mineur en ait été informé et ne s'oppose pas à la divulgation. Sinon, la loi de l'Illinois n'autorise que des informations limitées sur la santé mentale ou les déficiences développementales à la disposition du parent ou du tuteur du patient mineur.

Si le patient est mineur (âgé de 12 à 17 ans), Promise exige également qu'un témoin adulte signe.

Signature du patient/parent/tuteur :	Date du jour
Signature du témoin :	Date du jour
Nom du témoin (Imprimé)	Coordonnées des témoins
Relation entre le témoin et le patient	
Votre autorisation expire dans un an, sauf si elle est annulée par écrit	

Veuillez remplir ce formulaire. Il nous indiquera quels membres de votre famille et quels amis ont votre permission pour discuter de vos renseignements médicaux.