

AUTORISATION DE TRANSMISSION D'INFORMATIONS RELATIVES À L'ÉTAT DE SANTÉ

Faxer le dossier médical à : (802) 860-4313 Envoyer le dossier dentaire par courriel à : dentalxrays@chcb.org

Ce formulaire permet aux CHC de communiquer verbalement avec la personne ou l'organisation autorisée mentionnée ci-dessous.

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

Motif de la divulgation : Veuillez choisir le(s) motif(s) de la divulgation de vos informations :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Coordination des soins | <input type="checkbox"/> Copie du patient |
| <input type="checkbox"/> Transfert de soins | <input type="checkbox"/> Deuxième avis |
| <input type="checkbox"/> Objectifs légaux | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez décrire) : |

Veuillez sélectionner toutes les informations que vous souhaitez voir partager :

Médical :

- DOSSIER MÉDICAL COMPLET – Il comprend les dossiers médicaux antérieurs provenant d'organismes extérieurs et conservés par les CHC.

Plage de dates : du ___/___/___ au ___/___/___ Si aucune date n'est spécifiée, tous les dossiers de ce type sélectionnés seront partagés.

- Autres (résultats d'examens, rendez-vous, informations sur la facturation, etc. Veuillez décrire) :

Santé mentale/Psychiatrie :

- Dossier complet de thérapie en santé mentale/psychiatrique

Plage de dates : du ___/___/___ au ___/___/___ Si aucune date n'est spécifiée, tous les dossiers de ce type sélectionnés seront partagés.

- Autre (veuillez préciser) :

Dentaire :

- Radiographies dentaires – Toutes

- Autres (veuillez préciser) :

Informations DEMANDÉES À :

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Informations COMMUNIQUÉES À :

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Date ou événement à partir duquel le présent consentement expire : _____

Je comprends que si je n'indique pas de date d'expiration ci-dessus, le présent consentement expirera un an après la dernière date à laquelle j'aurai bénéficié d'un service des CHC. Je comprends que les informations communiquées peuvent inclure des dossiers médicaux, psychiatriques, de santé mentale et/ou de toxicomanie et d'alcoolisme. Je comprends que mes dossiers médicaux sont protégés par la loi de 1996 Health Insurance Portability and Accountability Act (« HIPAA »), 45 parties 160 et 164, et qu'ils ne peuvent être divulgués sans mon consentement écrit, sauf dispositions contraires prévues par les réglementations fédérales et de l'État. Une photocopie ou un fac-similé de ce consentement est valable au même titre que l'original. Je comprends que l'on peut me refuser des services si je refuse de consentir à une divulgation à des fins de traitement, de paiement ou d'opérations de soins de santé. Les services ne me seront pas refusés si je refuse de consentir à une divulgation à d'autres fins. Vous autorisez les Community Health Centers of Burlington à divulguer vos dossiers sous les formes suivantes : verbale, écrite, électronique, sauf indication contraire dans les présentes.

Signature du patient (de la patiente) : _____ Date : _____

Signature du parent, du tuteur ou du représentant légal : _____ Date : _____

Décrire la qualité pour signer au nom du patient : _____ Numéro de la personne-ressource : _____

Je comprends que je peux révoquer ce consentement à tout moment. Ma décision de révoquer ce consentement n'affectera pas les dossiers qui ont été précédemment divulgués en vertu de ce consentement. Je révoque ce consentement par la présente le : _____ (date). Ne pas divulguer d'autres informations dans le cadre de ce consentement.

Signature : _____

Révision novembre 2023

READ ONLY



AUTHORIZATION TO SEND HEALTH INFORMATION

Fax Medical Records to: (802) 860-4313 Email Dental Records to: dentalxrays@chcb.org

This form allows CHC to verbally communicate with the authorized person or organization listed below.

Patient Name: _____ Date of birth: _____

Address: _____ Phone: _____

Reason for Release: Please choose the reason(s) for the release of your information:

- Coordination of care
- Patient copy
- Transfer care
- Second opinion
- Legal purposes
- Other (please describe):

Please choose all information you would like to have shared:

Medical:

- COMPLETE HEALTH RECORD - This includes past medical records from outside agencies that CHC has on file.
Date range: ___/___/___ to ___/___/___ If no dates are specified, all records of this type selected will be shared.
- Other (test results, appointments, billing information, etc. Please describe):

Mental Health/Psychiatry:

- Complete Mental Health Therapy/Psychiatric Record
Date range: ___/___/___ to ___/___/___ If no dates are specified, all records of this type selected will be shared.
- Other (please describe):

Dental:

- Dental x-rays – All
- Other (please describe):

Information REQUESTED FROM: _____

Address: _____

Phone: _____ Fax: _____

Information RELEASED TO: _____

Address: _____

Phone: _____ Fax: _____

Date or event upon which this consent will expire: _____

I understand that if I do not state a date of expiration above, then this consent will expire one year from the last date of service to me at CHC. **I understand that information released may include medical, psychiatric, mental health and/or drug and alcohol records.** I understand that my Medical Records are protected under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA"), 45 Parts 160 and 164, and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for by state and federal regulations. A photocopy or facsimile of this consent is valid as is the original. I understand that I might be denied services if I refuse to consent to a disclosure for purposes of treatment, payment, or health care operations. I will not be denied services if I refuse to consent to a disclosure for other purposes. You are authorizing the Community Health Centers of Burlington to disclose your records in the following formats: verbal, written, electronic, unless otherwise specified here.

Patient Signature: _____ Date: _____

Parent, Guardian, or Legal Representative Signature: _____ Date: _____

Describe authority to sign on behalf of patient: _____ Contact number: _____

I understand that I may revoke this consent at any time. My decision to revoke this consent will not affect the records that were previously released under this consent. I hereby revoke this consent on: _____ (date). Do not release any further information under this consent.
Signature: _____