

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

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

- Coordination des soins     Copie du patient     Transfert de soins     Deuxième avis  
 Fins juridiques     Autres (veuillez préciser) :

**Veuillez sélectionner toutes les informations que vous souhaitez communiquer :**

**INTÉGRALITÉ DU DOSSIER :**

- Dossier complet, y compris les soins médicaux/de santé mentale/psychiatriques. Cela inclut les dossiers antérieurs provenant d'organismes externes dont dispose le CHC, notamment les dossiers relatifs au traitement des troubles liés à la consommation de substances reçus d'un programme soumis à la Partie 2 du Titre 42 du Code des règlements fédéraux (CFR), lesquels ne peuvent être utilisés et divulgués qu'avec un consentement écrit, sauf dans les cas autorisés par la loi.

**Cochez ici si vous ne souhaitez pas que vos dossiers provenant d'un établissement relevant de la Partie 2 soient divulgués.**

Plage de dates : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Si aucune date n'est indiquée, tous les dossiers de ce type seront partagés.

**MÉDICAL :**

- Toutes les notes relatives aux services médicaux uniquement. Il s'agit notamment des dossiers médicaux antérieurs provenant d'organismes extérieurs et figurant dans les dossiers du CHC.

Autres (résultats d'examen, rendez-vous, informations relatives à la facturation, etc.) Veuillez préciser :

Plage de dates : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Si aucune date n'est indiquée, tous les dossiers de ce type seront partagés.

**SANTÉ MENTALE/PYSCHIATRIE :**

- Toutes les notes relatives à la santé mentale/psychiatrie. Cela inclut les dossiers antérieurs provenant d'organismes externes dont dispose le CHC, notamment les dossiers relatifs au traitement des troubles liés à la consommation de substances reçus d'un programme soumis à la Partie 2 du Titre 42 du Code des règlements fédéraux (CFR), lesquels ne peuvent être utilisés et divulgués qu'avec un consentement écrit, sauf dans les cas autorisés par la loi.

**Cochez ici si vous ne souhaitez pas que vos dossiers provenant d'un établissement relevant de la Partie 2 soient divulgués.**

Autres (veuillez préciser) :

Plage de dates : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Si aucune date n'est indiquée, tous les dossiers de ce type seront partagés.

**DENTAIRE :**

- Radiographies dentaires

Plage de dates : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Si aucune date n'est indiquée, toutes les radiographies dentaires des cinq dernières années seront partagées.

Autres (veuillez préciser) :

**Informations DEMANDÉES À :**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

**Informations COMMUNIQUÉES À :**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

**Date d'expiration du présent consentement :** \_\_\_\_\_

Je comprends que si je n'indique pas la date d'expiration ci-dessus, le présent consentement expirera trois ans après la dernière date à laquelle j'ai bénéficié d'un service au 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 sur la portabilité et la responsabilité de l'assurance maladie (« HIPAA »), Titre 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 du présent 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. Cette autorisation peut être révoquée par écrit auprès du CHC à tout moment, sauf dans la mesure où il y a déjà été donné suite. Vous autorisez les centres de santé communautaires à divulguer vos dossiers sous les formes suivantes : verbale, par écrit, par voie électronique, sauf indication contraire.

*J'autorise l'utilisation et la communication des informations visées au Titre 42 du CFR, Partie 2, aux fins suivantes : pour toutes les utilisations et communications futures liées à mon traitement, au paiement de celui-ci et à la gestion des soins de santé. Les informations divulguées à la suite de cette autorisation peuvent être redivulguées par le destinataire et ne sont plus protégées par l'HIPAA ou le Titre 42 du CFR, Partie 2. Toutefois, les informations relevant de la Partie 2 du Titre 42 du Code des règlements fédéraux (CFR) ne peuvent pas être utilisées dans le cadre d'une procédure judiciaire sans consentement ou sans décision judiciaire valable.*

Signature du patient : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature du parent, tuteur ou représentant légal : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Indiquez la qualité du signataire au nom du patient : \_\_\_\_\_ Numéro de contact : \_\_\_\_\_

Je révoque par la présente ce consentement le : \_\_\_\_\_ (date) Signature : \_\_\_\_\_