

AUTORISATION DE COMMUNICATION VERBALE (UNIQUEMENT)

Le présent formulaire permet de partager des informations verbales avec une autre personne.
Aucun document papier ne sera envoyé.

Pour un usage individuel uniquement - ne pas ajouter de noms multiples.

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 Fins juridiques
 Participation/soutien des familles

J'autorise le CHC à divulguer mon dossier médical, y compris les dossiers médicaux, de santé mentale, psychiatriques et dentaires, à des fins de communication verbale.

Informations DIVULGUÉES À : _____ **Téléphone :** _____

Lien de parenté avec moi : _____

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. 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. Vous autorisez les Community Health Centers of Burlington à divulguer vos dossiers sous les formes suivantes : verbale.

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 : _____