

Section 1: Informations sur le Patient

Nom de famille:		Prénom:		Date du jour: / /	
Adresse:			Appartement n°:		Date de naissance: / /
Ville:	État:		Code postal:	Numéro de téléphone: ()	

Section 2: Informations sur la Divulgence

J'autorise par la présente **The Door - Health Services, 555 Broome St. New York, NY 10013** à:

DIVULGUER DES INFORMATIONS À ou **OBTENIR DES INFORMATIONS DE**
(Cochez la case qui correspond à votre demande)

Nom:		Établissement médical ou organisation (inclure le service):			
Adresse:			Téléphone: ()		
Ville:	État:		Code postal:	Fax: ()	

Section 3: Raison de la Divulgence d'Informations

Raison: J'autorise la divulgation des informations pour la raison suivante:

Section 4: Informations à Divulguer

Veuillez divulguer mes dossiers médicaux pour les dates suivantes: DU _____ AU _____.

Cochez OUI ou NON pour chacun des types de dossiers suivants:

OUI	NON		OUI	NON	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultats de laboratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informations sur les vaccinations
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traitements médicamenteux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informations sur la contraception
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre: _____			

Section 5: Informations Sensibles

Les catégories suivantes **NE SERONT PAS** divulguées sans votre autorisation spécifique. Pour autoriser la divulgation, **signez votre nom complet** à côté de la (ou des) catégorie(s)

Signature du patient

Informations à divulguer - Plage de dates

Informations liées au VIH		
Traitement de santé mentale		
Traitement et usage de substances		

Section 6: Autorisation

Moi, ou mon représentant autorisé, demande la divulgation des informations concernant mes soins médicaux comme indiqué dans ce formulaire. Je comprends que:

- Cette autorisation peut inclure la divulgation d'informations relatives au **TRAITEMENT DE L'ALCOOL ET DES DROGUES, AU TRAITEMENT DE LA SANTÉ MENTALE** et aux **INFORMATIONS CONFIDENTIELLES SUR LE VIH/SIDA**, uniquement si j'ai signé la ligne correspondante dans la Section 5.
- Une fois divulguée, et sauf exceptions, l'information peut être redistribuée par le destinataire. Si la divulgation inclut des données liées au VIH/SIDA, à la toxicomanie ou à la santé mentale, et que j'ai signé l'autorisation, le destinataire **ne peut pas** les redistribuer sauf si la loi l'y autorise.
- Si je fais l'objet de discrimination en raison de la divulgation d'informations liées au VIH/SIDA, je peux contacter la **Division des Droits de l'Homme de l'État de New York** au (888) 392-3644.
- J'ai le droit de révoquer cette autorisation à tout moment en écrivant à The Door. Je comprends que ma révocation ne pourra pas annuler les actions déjà entreprises sur la base de mon autorisation.
- La signature de cette autorisation est volontaire. Mon traitement, le paiement, l'adhésion à un plan de santé ou l'éligibilité aux prestations **ne dépendront généralement pas** de cette autorisation. Cependant, je comprends que certains traitements peuvent être refusés dans des circonstances particulières si je ne signe pas.

Signature du patient: _____

Date: _____

Cette autorisation expire 12 mois après la date de signature, sauf indication contraire dans la Section 5.

<i>Staff Use only</i>	<i>Staff who Received and Reviewed Form</i>	<i>Staff who Processed, and Scanned Form</i>
Date:		
Signature:		