

1. Client/Patient-Données

_____	_____	(____) _____
Prénom et nom/autres noms	Date de naissance	Numéro de Téléphone de jour
_____	_____	_____
Rue et numéro	Ville/Commune	État Code Postal

2. J'autorise La Santé Publique de Madison et Dane County à partager l'information de santé et dossiers médicaux à, OU obtenir information de santé et dossiers médicaux du professionnel de la santé, agence ou organisation ou la personne indiquée ci-dessous:

_____	_____
Nom de Professionnel de la santé, agence, organisation ou la personne indiquée	Client/# d'identification du prestataire de soins du patient
_____	(____) _____
Ville/Commune	État Code Postal Numéro de Téléphone

3. J'autorise l'échange verbal de renseignements médicaux concernant mes soins et traitements entre "le prestataire de soins indiqué ci-dessus, agence, organisation ou individu, y compris mon médecin traitant et son équipe" et PHMDC (ou autre représentant de PHMDC), spécifiquement avec mon infirmier de la Santé Publique:"

Nom de l'infirmier de la Santé Publique et son numéro de téléphone

4. Information Médical ou Problème de Santé Particulier d'être Divulgué/Obtenu/Verbalement Échangé:

5. Les exceptions à cette autorisation comprennent (Indiquez quel document ou quel renseignement): _____

6. Objet pour lequel cette information est partagée: (Cochez toutes les cases)

Référence médicale Soins et Traitements Continus Détermination d'Invalidité Enquête Judiciaire Autre _____

7. Information nécessitant une permission spécial: Ma signature ci-dessous autorise expressément le partage d'information médicale liées au diagnostic et au traitement pour les catégories cochées suivantes:

Santé Mentale Troubles du Développement Abus de l'alcool et/ou des Drogues VIH et SIDA

8. Date d'Expiration: Cette autorisation prendra fin un an après la date de signature, sauf indication contraire, et s'étend aux futurs dossiers médicaux créés après la date de signature, la date alternative ou l'événement, tant que ces traitements et services ont lieu pendant que cette autorisation est toujours en vigueur.

Autre date/événement si pas un an: _____ ou _____
Date (mm/jour/année) événement

9. Est-ce une autorisation pour les documents papiers? Oui Non

10. Pour remettre les documents papiers a PHMDC, fax ou envoyer à: (veuillez vérifier l'emplacement indiqué ci-dessous.)

<input type="checkbox"/> 210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507 Madison, WI 53703-3346 Fax: (608) 266-4858	<input type="checkbox"/> 2705 E. Washington Ave. Madison, WI 53704 Fax: (608) 266-4858	<input type="checkbox"/> 2300 S. Park St., Rm. 2010 Madison, WI 53713 Fax: (608) 266-4858
--	--	---

Client/Signature du Patient Date (mm/jour/année)

*Signature du Parent d'un Mineur, Tuteur ou Agent Autorisé Date (mm/jour/année)

Veuillez décrire votre autorité: _____

*Si signé par le parent d'un mineur, je déclare par le présent que je n'ai pas été refusé le placement physique de cet enfant ou l'accès aux dossiers de cet enfant. S'il s'agit d'un tuteur, veuillez fournir une copie des lettres de tutelle en vigueur. S'il est signé par un mandataire sous procuration, veuillez fournir une copie de la procuration et de la déclaration d'incapacité.

Référence: WI Statutes 146.82, 51.30, 252.15 & HIPAA requirements 42 CFR Part 2 & 45 CFR Part 164.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES CONCERNANT L'UTILISATION ET LA DIVULGATION DES INFORMATIONS DE SANTÉ PROTÉGÉES

La règle de confidentialité exige que PHMDC s'assure que vos informations de santé protégées restent confidentielles et ne soient divulguées à personne ou utilisées par quiconque sans votre consentement, votre autorisation ou sauf autorisation expresse de la loi.

Aucune obligation de signer: Vous n'êtes pas obligé de signer ce formulaire et vous pouvez refuser de le faire. À moins que les informations demandées ne soient nécessaires pour assurer un traitement approprié, PHMDC ne refusera pas de vous fournir un traitement ou d'autres services de soins de santé si vous refusez de signer ce formulaire.

Révocation: Vous avez le droit de révoquer cette autorisation, par écrit, à tout moment avant son expiration. Cependant, votre révocation écrite n'affectera pas les divulgations de vos informations médicales que la personne, l'agence ou l'organisation indiquée au verso de ce formulaire ont déjà faites, en se fondant sur cette autorisation, avant le moment où vous la révoquez.

Droit d'inspecter et de copier: Vous avez le droit d'inspecter et de recevoir une copie d'un ensemble désigné de vos dossiers médicaux que nous conservons, y compris sous forme électronique. Si vous demandez la divulgation de renseignements médicaux pour des soins médicaux supplémentaires, aucun frais ne vous sera facturé. Nous pouvons facturer des frais raisonnables pour les frais de copie et d'envoi à d'autres fins.

Cette autorisation expirera à la date ou par l'événement indiqué sur ce formulaire.

Rediffusion d'Informations: Les informations divulguées dans le cadre de cette autorisation ne sont pas protégées par les lois fédérales sur la confidentialité dans la mesure où les entités obtenant ces informations ne sont pas tenues par la loi de garder ces informations confidentielles.

Conséquences du refus de signer: nous ne vous refuserons pas de services si vous refusez de signer cette autorisation, mais nous pouvons être limités dans les services que nous pouvons vous fournir sans avoir l'accès nécessaire aux informations vous concernant.

Signatures: Si vous avez 18 ans ou plus, vous êtes la seule personne qui peut signer ce formulaire pour autoriser la diffusion ou la divulgation de vos renseignements médicaux. Si vous avez moins de 18 ans, votre parent ou tuteur doit signer ce formulaire pour vous; cependant, il existe de nombreuses situations dans lesquelles cette règle générale ne s'applique pas. Pour plus d'informations sur les personnes autorisées à signer ce formulaire d'autorisation, contactez le bureau de la confidentialité du PHMDC.

Droit à une Copie: Vous avez le droit d'une copie de cette autorisation après l'avoir signée.

Contactez-nous: Pour plus d'informations concernant vos droits en vertu de la règle de confidentialité HIPAA et d'autres lois fédérales et étatiques, pour obtenir une copie de l'avis PHMDC sur les pratiques de confidentialité, pour révoquer une autorisation ou pour enregistrer une plainte, veuillez contacter le responsable de la confidentialité PHMDC. à:

Privacy Officer
Public Health Madison and Dane County
210 MLK Blvd., Room 507
Madison WI 53703
Phone: (608) 266-4821; Fax: (608) 266-4858; E-mail at health@publichealthmdc.com

Vous pouvez contacter le responsable de la confidentialité de PHMDC pour obtenir une copie de notre avis sur les pratiques de confidentialité ou visiter notre site Web à l'adresse:

<http://www.publichealthmdc.com/about> pour une copie.