

AUTORISATION DE DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ EN CONFORMITÉ AVEC LA LOI HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) 164.508

Nom du patient : _____

Date de naissance : _____ NAS : _____

1. J'autorise l'utilisation ou la divulgation des renseignements de santé de l'individu cité ci-dessus comme décrit ci-dessous.
2. L'individu ou l'entreprise suivants ont autorisé la divulgation :
_____.
3. Le type et la quantité de renseignements à utiliser ou divulguer sont comme suit : l'intégralité du dossier.
4. Je comprends que certaines informations contenues dans mon dossier de santé peuvent concerner des maladies sexuellement transmissibles, le syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) ou le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Il peut aussi contenir des renseignements relatifs aux services de santé comportementale ou mentale et aux traitements de l'alcoolisme et de la toxicomanie.
5. Ces renseignements peuvent être divulgués à et utilisés par :

**LA PROTECTRICE, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE
1099 N. MERIDIAN ST., SUITE 700
INDIANAPOLIS, INDIANA 46204, É.-U.**

dans le but de déterminer les indemnités d'assurance.

6. Je comprends que j'ai le droit de révoquer cette autorisation à tout moment. Je comprends que dans l'éventualité où je souhaite révoquer la présente autorisation, je dois le faire par écrit et présenter ma révocation écrite au service de gestion des renseignements de santé de l'établissement auprès duquel j'ai autorisé la divulgation. Je comprends que la révocation ne s'appliquera pas aux renseignements déjà divulgués à la suite de cette autorisation. Je comprends que la révocation ne s'appliquera pas à ma société d'assurance, la loi autorisant mon assureur à contester une réclamation en vertu de ma police. Sauf révocation, la présente autorisation expirera à la date, à l'événement ou à la condition qui suit : _____. Si je n'indique pas de date, d'événement ou de condition d'expiration, la présente autorisation expirera dans six mois.
7. Je comprends que le fait d'autoriser la divulgation de ces renseignements de santé est volontaire. Je peux refuser de signer la présente autorisation. Je n'ai pas besoin de signer ce formulaire pour bénéficier d'un traitement. Je comprends que j'ai la possibilité d'inspecter ou copier les renseignements à utiliser ou divulguer comme offert par la norme CFR 164.524. Je comprends que toute divulgation de renseignements peut engendrer le risque potentiel d'une rediffusion non autorisée et que les renseignements peuvent ne pas être protégés par des règles de confidentialité fédérales. En cas de question au sujet de mes renseignements de santé, je sais que je peux communiquer avec votre établissement.

Signature du patient ou du représentant légal

Date

Si signé par le représentant légal, relation avec le patient