

Ce formulaire autorise la divulgation d'informations médicales, y compris des informations relatives au VIH. Vous pouvez choisir de divulguer uniquement vos informations médicales non relatives au VIH, vos informations relatives au VIH, ou les deux. Vos informations peuvent être protégées de toute divulgation par la loi fédérale sur la confidentialité et par la loi de l'état. On entend par informations confidentielles relatives au VIH toutes les informations indiquant qu'une personne a subi un test lié au VIH, ou est atteinte d'une infection au VIH, d'une maladie liée au VIH ou du SIDA, ou toute information qui pourrait indiquer qu'une personne a été potentiellement exposée au VIH.

En vertu de la législation de l'état de New York, les informations relatives au VIH peuvent être communiquées uniquement aux personnes que vous avez autorisées à les avoir en signant un formulaire de demande de divulgation de ces informations. Ces informations peuvent également être divulguées aux personnes suivantes : fournisseurs de soins médicaux en charge de vos soins ou de ceux de votre enfant exposé au VIH; représentants de la santé publique quand la loi l'exige; assureurs pour permettre le paiement des soins; personnes impliquées dans les foyers d'accueil ou les adoptions; agents officiels pénitentiaire, de probation, et de liberté conditionnelle; personnel médical ou de secours médicaux d'urgence exposé accidentellement à votre sang; ou par ordonnance spéciale d'un tribunal. En vertu de la législation de l'État de New York, toute personne qui divulgue illégalement des informations relatives au VIH est passible d'une amende pouvant atteindre \$5000 et d'une peine de prison allant jusqu'à un an. Cependant, quelques re-divulgations d'informations médicales et/ou relatives au VIH ne sont pas protégées par la loi fédérale. Pour plus de renseignements sur la confidentialité des informations relatives au VIH, appelez la ligne d'assistance gratuite du Département de la Santé de l'État de New York au 1-800-962-5065; pour plus de renseignements sur la protection de la confidentialité au niveau fédéral, appelez le Bureau des Droits Civiques au 1-800-368-1019. Vous pouvez également contacter la Division des Droits de l'Homme de l'État de New York au 1-888-392-3644.

En cochant les cases ci-dessous et en signant ce formulaire, vous permettez la divulgation des informations médicales et/ou relatives au VIH aux personnes mentionnées en page deux (et sur des feuilles supplémentaires si nécessaire) de ce formulaire, pour la(les) raison(s) indiquée(s). Suite à votre demande, l'établissement ou la personne qui divulgue vos informations médicales doit vous fournir un exemplaire de ce formulaire.

J'autorise la divulgation de (merci de cocher toutes les cases correspondantes) :

- Mes informations relatives au VIH
 Mes informations non relatives au VIH
 Les deux (mes informations relatives et non relatives au VIH)

Nom et adresse de l'établissement/la personne divulgant les informations relatives au VIH :

Nom de la personne dont les informations seront divulguées : _____

Nom et adresse de la personne qui signe ce formulaire (si ce n'est pas la même que la personne ci-dessus) :

Relation avec la personne dont les informations vont être divulguées : _____

Description des informations à divulguer : _____

Raison de la divulgation de ces informations : _____

Période pendant laquelle la divulgation de ces informations est autorisée : Du : _____ Au : _____

Exceptions au droit d'annuler son consentement, s'il y en a :

Description des conséquences, s'il y en a, de ne pas autoriser la divulgation des informations lors de l'administration des soins, du paiement, de l'inscription ou en rapport au droit aux prestations de l'assurance maladie (Remarque : les réglementations fédérales sur la confidentialité peuvent limiter certaines de ces conséquences) :

Merci de signer ci-dessous uniquement si vous souhaitez autoriser tous les établissements/toutes les personnes indiquées en page 1, 2 (et 3, si elle a été utilisée) de ce formulaire à partager les informations parmi eux et entre eux afin de vous fournir des soins et des services médicaux.

Signature _____ Date _____

* Cette autorisation de divulgation des informations médicales et des informations confidentielles relatives au VIH est conforme à la réglementation HIPAA. Si vous divulguez uniquement des informations médicales non relatives au VIH, vous pouvez utiliser ce formulaire ou un autre formulaire général de divulgation des informations médicales conforme à l'HIPAA.

Autorisation de divulgation des informations médicales et des informations confidentielles relatives au VIH*

Remplissez les lignes pour chaque établissement/personne à qui les informations générales et/ou les informations relatives au VIH seront données :
Attachez des feuilles supplémentaires si nécessaire. Il est recommandé de barrer les lignes laissées vides avant de signer.

Nom et adresse de l'établissement/la personne à qui les informations générales et/ou les informations relatives au VIH seront données :

Raison de la divulgation, si elle est différente de la raison indiquée en page 1 :

Si les informations devant être divulguées auprès de cet établissement/cette personne sont limitées, merci de préciser :

Nom et adresse de l'établissement/la personne à qui les informations générales et/ou les informations relatives au VIH seront données :

Raison de la divulgation, si elle est différente de la raison indiquée en page 1 :

Si les informations devant être divulguées auprès de cet établissement/cette personne sont limitées, merci de préciser :

La loi vous protège contre la discrimination liée à votre statut VIH pour ce qui est de l'accès au logement, du travail, et du domaine de la santé et d'autres services. Pour plus de renseignements, appelez le Comité des Droits de l'Homme de l'État de New York au (212) 306-7500 ou la Division des Droits de l'Homme de l'État de New York au 1-888-392-3644.

J'ai eu la réponse aux questions que je me posais sur ce formulaire. Je sais que je ne suis pas obligé(e) d'autoriser la divulgation des informations médicales me concernant, et que je peux changer d'avis à tout moment et enlever mon autorisation en écrivant à l'établissement/la personne qui a obtenu cette divulgation. J'autorise l'établissement/la personne indiqué(e) en page 1 à divulguer les informations médicales et/ou relatives au VIH de la personne nommée en page 1 aux organismes/personnes indiqués.

Signature _____ Date _____
(SUJET DES INFORMATIONS OU REPRÉSENTANT LÉGAL)

Si vous êtes représentant légal, indiquez votre relation au sujet :

Nom en caractères d'imprimerie _____

Numéro du client/patient _____

* Cette autorisation de divulgation des informations médicales et des informations confidentielles relatives au VIH est conforme à la réglementation HIPAA. Si vous divulguez uniquement des informations médicales non relatives au VIH, vous pouvez utiliser ce formulaire ou un autre formulaire général de divulgation des informations médicales conforme à l'HIPAA.

Autorisation de divulgation des informations médicales et des informations confidentielles relatives au VIH*

Remplissez les lignes pour chaque établissement/personne à qui les informations générales et/ou les informations relatives au VIH seront données :
Attachez des feuilles supplémentaires si nécessaire. Il est recommandé de barrer les lignes laissées vides avant de signer.

Nom et adresse de l'établissement/la personne à qui les informations générales et/ou les informations relatives au VIH seront données :

Raison de la divulgation, si elle est différente de la raison indiquée en page 1 :

Si les informations devant être divulguées auprès de cet établissement/cette personne sont limitées, merci de préciser :

Nom et adresse de l'établissement/la personne à qui les informations générales et/ou les informations relatives au VIH seront données :

Raison de la divulgation, si elle est différente de la raison indiquée en page 1 :

Si les informations devant être divulguées auprès de cet établissement/cette personne sont limitées, merci de préciser :

Nom et adresse de l'établissement/la personne à qui les informations générales et/ou les informations relatives au VIH seront données :

Raison de la divulgation, si elle est différente de la raison indiquée en page 1 :

Si les informations devant être divulguées auprès de cet établissement/cette personne sont limitées, merci de préciser :

Si une partie/la totalité de cette page a été remplie, merci de signer ci-dessous :

Signature _____ Date _____
(SUJET DES INFORMATIONS OU REPRÉSENTANT LÉGAL)

Numéro du client/patient _____

* Cette autorisation de divulgation des informations médicales et des informations confidentielles relatives au VIH est conforme à la réglementation HIPAA. Si vous divulguez uniquement des informations médicales non relatives au VIH, vous pouvez utiliser ce formulaire ou un autre formulaire général de divulgation des informations médicales conforme à l'HIPAA.