

Nom de la maison de santé _____

En signant ce formulaire, je fais part de mon refus de participer au programme de la maison de santé _____

Nom de la maison de santé _____

Étant donné que je ne ferai plus partie de ce programme de la maison de santé, en signant ce formulaire je retire également l'autorisation que j'ai accordée à la maison de santé de partager mes informations personnelles relatives à ma santé avec des prestataires et d'autres personnes du programme de la maison de santé, y compris la Regional Health Information Organization (RHIO, Organisation des données médicales régionales) et/ou le système informatique PSYCKES du New York State Office of Mental Health (Bureau pour la santé mentale de l'État de New York). Si j'ai signé un formulaire de consentement séparé avec la RHIO et/ou PSYCKES, mon autorisation de partager les informations personnelles relatives à ma santé avec des prestataires et autres personnes par l'intermédiaire de la RHIO et/ou de PSYCKES reste en vigueur. Je comprends que les prestataires qui disposent déjà des informations relatives à ma santé n'ont pas à me les rendre ou à retirer de leurs dossiers. Les prestataires de la maison de santé ne pourront en revanche plus obtenir, consulter, lire, copier et partager des informations sur ma santé après la date de signature de ce formulaire par mes soins. Je sais que les « informations personnelles sur la santé » peuvent inclure les dossiers médicaux et des informations sur la santé mentale, sur un traitement relatif à la consommation de drogue ou d'alcool, et/ou relatif au VIH/SIDA.

J'ai conscience que les informations personnelles sur ma santé seront toujours protégées par les lois et règlements en vigueur au sein du New York State et aux États-Unis. Les partenaires de la maison de santé qui disposent actuellement d'informations sur ma santé doivent se conformer à toutes ces lois.

J'ai également conscience que le fait de mettre fin à ma participation au programme de la maison de santé ne m'empêchera pas de recevoir des soins de santé et d'autres services de gestion directe des soins.

Tous les formulaires de consentement de la maison de santé signés de ma main seront révoqués par la présente.

Nom du patient en caractères d'imprimerie _____

Date de naissance du patient _____

Signature du patient ou du représentant légal du patient _____

Date _____

Nom du représentant légal en caractères d'imprimerie (le cas échéant) _____

Rapport entre le représentant légal et le patient (le cas échéant) _____

Détails sur les données du patient et le processus d'annulation de consentement

1. Comment les partenaires utiliseront-ils mes informations par la suite ?

Les partenaires ne pourront plus utiliser les informations relatives à votre santé.

2. Qu'advient-il des informations relatives à ma santé ?

Les informations relatives à votre santé seront limitées aux prestataires qui disposent déjà de ces informations vous concernant, mais ils doivent continuer à les protéger en respectant toutes les lois et tous les règlements en vigueur au sein du New York State et aux États-Unis.

3. Quelles lois régissent la diffusion des informations relatives à ma santé ?

Ces lois et règlements sont la Section 6530(23) de la New York Education Law, la Section 33.13 de la Mental Hygiene Law, l'Article 27-F de la New York Public Health Law, la loi fédérale du Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) de 1996, les sections 160 et 164 du 45 CFR et les règles de confidentialité fédérales de la section 2 du 42 CFR.

4. Qui peut obtenir et consulter mes informations une fois que j'ai retiré mon consentement ?

Nul ne peut obtenir de nouvelles informations concernant votre santé, mais les informations qui sont déjà divulguées ne peuvent pas être récupérées. Les personnes qui peuvent consulter les informations relatives à votre santé déjà divulguées sont : celles qui faisaient partie de la maison de santé avant que vous ne retiriez votre consentement, comme les médecins et les autres personnes qui travaillent pour un partenaire de la maison de santé ou qui ont pris part à votre traitement, le personnel soignant qui travaille pour un partenaire de la maison de santé qui vous ont dispensé des soins et les personnes qui travaillent pour un partenaire de la maison de santé qui vous ont dispensé des soins afin de lui permettre de vérifier votre couverture de santé, étudier les soins et les améliorer pour les patients. De plus, lorsque vous avez bénéficié de soins de la part d'une personne autre que votre médecin ou votre prestataire habituel, comme une nouvelle pharmacie, un nouvel hôpital ou tout autre prestataire, certaines données, dont les frais couverts par votre assurance santé ou le nom de votre maison de santé, peuvent leur avoir été transmises ou ils peuvent les avoir consultées.

5. Que se passe-t-il si une personne utilise mes informations sans mon accord ?

Si vous pensez que quelqu'un a utilisé vos informations sans votre accord, appelez l'un des partenaires concernés ou appelez le _____ à _____ ou le Centre d'appel Medicaid au 1-800-541-2831.

6. Quelle est la durée de mon annulation de consentement ?

Votre annulation de consentement restera valable jusqu'au jour où vous signerez un nouveau consentement pour une maison de santé.

7. Que se passe-t-il si je change d'avis et que je veux participer à une maison de santé et que les informations relatives à ma santé soient partagées ?

Si vous avez changé d'avis, veuillez informer votre assurance santé ou votre ancienne maison de santé que vous souhaitez de nouveau faire partie d'une maison de santé.

8. Comment obtenir une copie de ce formulaire ?

Après avoir signé ce Formulaire d'annulation de consentement, demandez-en une copie et elle vous sera remise.