



Formulaire K - Autorisation de Divulgence d'Informations

Nous nous engageons à protéger la confidentialité de vos informations.
Veuillez lire attentivement ce formulaire.

Quel(s) bureau(x) devrait vous aider ? Veuillez vérifier.

☐ Bureau des services MaineCare	☐ Bureau de la Santé Comportementale
☐ Bureau pour l'Indépendance Familiale et Equipe d'Evaluation Médicale	☐ Bureau des Services à l'Enfance et à la Famille
☒ Centre de Contrôle et de Prévention des Maladies du Maine	☐ Bureau des Services aux Personnes âgées et Handicapées
☐ Centre Psychiatrique Dorothea Dix	☐ Bureau des Audiences Administratives
☐ Centre Psychiatrique Riverview	☐ Autres :
☐ Division des Licences et Certifications	☐ Autres :

Quelles informations seront divulguées ? Veuillez écrire lisiblement.

Nom de la personne	Date de Naissance		
Adresse Personnelle	Ville	Etat	Code Postal
Téléphone			

Veuillez vérifier : ☒ Transmettre/Envoyer mes informations à : ☐ Obtenir/Obtenir mes informations à partir de :

Nom de la personne	Organisation		
Adresse	Ville/Cité	Etat	Code Postal
Téléphone		Adresse e-mail (facultatif)	

Quel est l'objectif de cette divulgation ?

☐ Demande personnelle	☐ Pour coordonner ou gérer mes soins
☐ Pour une question juridique, y compris un témoignage	☐ Pour savoir si je suis admissible à une couverture d'assurance, à des services ou à des prestations
☒ Autres : Gérer le paiement en mon nom	

Pour partager ces informations avec d'autres personnes par E-MAIL, veuillez apposer vos initiales et remplir le formulaire suivant.

Je comprends que les e-mails et Internet comportent des risques que le bureau qui partage mes informations ne peut contrôler. Il est possible que les informations que j'ai envoyées par e-mail soient lues par un tiers. J'ACCEPTE CES RISQUES et demande tout de même que mes informations soient envoyées par e-mail. INITIALES ICI _____

Veuillez indiquer l'adresse e-mail à laquelle vous souhaitez recevoir vos informations :

Quelles informations doivent être divulguées ou obtenues ? Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent.

Autorisation générale : ☐ Toutes les informations médicales provenant du ou des cabinets cochés ci-dessus ☐ Demandes de remboursement or ou données relatives aux consultations (informations sur les visites chez les prestataires de soins de santé) ☐ Facturation, paiement, revenus, opérations bancaires, impôts, actifs ou données nécessaires pour déterminer si vous êtes admissible aux prestations du programme DHHS. ☐ Limiter aux dates ou types d'informations suivants : (par exemple « Test en laboratoire daté du 2 juin 2019 » ou « Réclamations de 2018 à 2020 ») ☒ Autres : <u>Informations relatives au paiement et à la facturation</u>	Autorisation spéciale : Traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme ou orientation vers des services spécialisés ☐ Inclure toutes les informations relatives aux drogues et à l'alcool dans la publication. ☐ N'inclure que les dossiers spécifiques relatifs à la consommation de drogues et d'alcool qui ont été vérifiés : ☐ Diagnostic et traitement ☐ Notes cliniques et résumés de sortie ☐ Antécédents ou résumé en matière de consommation de drogues/d'alcool ☐ Informations relatives aux paiements ou aux réclamations ☐ Situation de vie et soutiens sociaux ☐ Médicaments, posologies ou fournitures ☐ Résultats de laboratoire ☐ Autres : _____
Autorisation spéciale : Services de Santé Mentale/Comportementale ☐ Inclure ces informations dans le communiqué ☐ Je souhaite consulter mon dossier médical relatif à ma santé mentale/comportementale avant ma sortie. Je comprends que l'examen sera supervisé. Remarque : La loi du Maine nous autorise à partager ces informations avec d'autres prestataires de soins de santé et régimes d'assurance maladie afin de coordonner et de gérer vos soins (pour vous aider à prendre soin de vous), à condition que nous fassions tout notre possible pour vous informer de cette divulgation.	Autorisation spéciale : Statut VIH/SIDA/Résultats des tests ☐ Inclure ces informations dans le communiqué Remarque : La loi du Maine nous oblige à vous informer des conséquences possibles de la divulgation d'informations relatives au VIH/SIDA. Par exemple, vous pourriez bénéficier de soins plus complets si vous divulguez ces informations, mais vous pourriez être victime de discrimination si elles sont utilisées à mauvais escient. Vos informations relatives au VIH/SIDA, ainsi que toutes vos données, seront protégées conformément à la loi.

Je comprends et j'accepte que :

- Je signe ce formulaire de mon plein gré. J'ai le droit d'obtenir une copie signée de ce formulaire si je le demande.
- Mon traitement, le paiement des services ou les prestations ne dépendront pas de ma signature de ce formulaire, sauf si je demande ou divulgue des informations afin de bénéficier de prestations.
- Les « informations » peuvent être sous forme écrite, orale et/ou électronique, et comprennent les informations me concernant provenant d'autres prestataires de soins de santé (tels que médecins, hôpitaux et conseillers) qui figurent dans mon dossier. Ma signature autorise les personnes/services mentionnés au verso à discuter de mes informations aux fins indiquées dans ce formulaire.
- Mes informations resteront confidentielles, conformément à la loi. Si je choisis de partager mes informations avec des tiers qui ne sont pas tenus par la loi de les garder confidentielles, elles pourraient ne plus être protégées par les lois fédérales sur la confidentialité.
- Si des dossiers relatifs à un traitement ou à un programme de désintoxication (trouble lié à l'usage de substances) sont inclus dans cette divulgation, une note sera jointe aux dossiers indiquant que ces informations ne peuvent être red divulguées ou partagées sans mon autorisation écrite.
- Je peux révoquer (retirer) mon autorisation de divulgation de mes informations en remplissant le formulaire de révocation disponible à l'adresse <http://www.maine.gov/dhhs/privacy/index.shtml> et en l'envoyant au bureau qui a partagé mes informations. Le formulaire de révocation ne prend effet qu'après réception et ne s'applique pas aux informations qui ont déjà été partagées.
- Si je retire mon autorisation ou refuse de divulguer tout ou partie de mes informations, mon choix pourrait entraîner un diagnostic ou un traitement inapproprié, voire un refus d'assurance.
- Ce formulaire expire **un an** après la date indiquée ci-dessous, sauf si j'inscris ici une date antérieure : _____
- Ce formulaire autorise des publications supplémentaires jusqu'à son expiration.

Date : _____ **Signature :** _____

Pouvoir de signature du représentant personnel : _____