



Divulgence d'informations protégées sur la santé Autorisation et consentement

Nom complet du patient : _____ Date de naissance : _____

Ce document autorise (nom de l'organisation) : _____ Northern Tier Center for Health (NOTCH)

Adresse : _____

À utiliser ou divulguer des informations protégées sur ma santé à : _____

Adresse : _____

ET :

Nom : _____ Téléphone/Fax : _____

Adresse : _____

Comme décrit ci-dessous, aux fins suivantes : Continuité des soins Autre : _____

Informations spécifiques qui seront envoyées :

- Tous les dossiers OU Rapports d'imagerie diagnostique Résultats d'analyses de laboratoire
 Dossiers dentaires Notes de consultation Immunisations
 Notes administratives Autres : _____

Dossiers de traitement des troubles liés à l'utilisation de stupéfiants fournis avant 2022 (y compris les dossiers de traitement assisté par médicaments)

Autre (veuillez préciser) : _____

Les dates de soins sont les suivantes : _____

**Documentation électronique reçue sur CD ou DVD : À envoyer à Richford Health Center –Care Coordination
Department 44 Main Street, Ste. 200, Richford, VT 05476, États-Unis**

En signant ci-dessous, j'autorise la communication des dossiers et je comprends que :

- La présente autorisation peut être révoquée par écrit à tout moment, bien que la révocation n'ait pas d'effet pour des documents dont j'ai précédemment autorisé la divulgation, ou lorsque d'autres mesures ont été prises sur la base d'une autorisation que j'ai signée.
- Les informations à divulguer peuvent inclure des traitements liés à : traitement et diagnostic des troubles liés à l'utilisation de stupéfiants, santé mentale, santé comportementale, VIH/SIDA.
- Les informations utilisées ou divulguées en vertu de cette autorisation pourraient être redivulguées par le destinataire et, le cas échéant, ne pas être soumises à la législation fédérale ou provinciale protégeant leur confidentialité. *Les dossiers de traitement des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives antérieurs à 2022 ne doivent pas être divulgués.



Divulgence d'informations protégées sur la santé Autorisation et consentement

Cette autorisation expirera le : _____
(Si aucune date ou aucun événement n'est indiqué, le délai d'expiration est d'un (1) an à compter de la date de signature)

Signature de la personne ou de son représentant

Date

Pouvoir ou relation du représentant