

Autorisation de divulgation du dossier médical (Également connu sous le nom d'informations de santé protégées)

Nom du patient: _____ DOB: _____ Téléphone: _____

J'autorise Côté lumineux divulguer des informations sur mon moienregistrement phonique, qui peut inclure, mais sans s'y limiter, informations sur les diagnostics psychiatriquesC'ests, traitement et/ou médicaments prescrits à la personne nommée individu ou entité répertorié ci-dessous via le support suivant (sélectionnez-en un):

E-mail Télécopie

Nom: _____

Téléphone: _____ Télécopieur : _____

E-mail: _____ Cc : _____

Je comprends que mon dossier médical peut contenir, sans toutefois s'y limiter : un résumé de mes antécédents médicaux ; les heures et les dates des soins ; des informations sur mes expériences familiales et sociales pertinentes à mon traitement ; les résultats des tests cliniques ; médicaments prescrits; résumé des diagnostics et des symptômes ; et les notes de traitement. S'il y a des éléments de mon dossier que je souhaite expurger, je dois contacter l'équipe des services aux membres de Brightside.

Je comprends que mon dossier de santé peut contenir des informations relatives aux maladies sexuellement transmissibles, au syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou à des tests génétiques.

Oui, j'accepte la divulgation de ces informations. Non, veuillez supprimer ces informations de mon dossier avant de les divulguer.

Je comprends que mon dossier médical peut contenir des informations relatives à la consommation et/ou à l'abus de substances, comme les drogues et l'alcool.

Oui, j'accepte la divulgation de ces informations. Non, veuillez supprimer ces informations de mon dossier avant de les divulguer.

Le but/raison de cette divulgation d'informations est le suivant :

(brève description)

1. Je comprends que, à moins d'être retirée, cette autorisation expirera 180 jours à compter de la date de signature. Une photocopie de ce formulaire sera considérée comme aussi valable que l'original.
2. Je comprends que je peux révoquer cette autorisation à tout moment en informant Brightside par écrit, et cette autorisation cessera d'être effective à la date notifiée, sauf dans la mesure où des mesures ont déjà été prises en s'appuyant sur elle.
3. Je comprends que les informations utilisées ou divulguées conformément à cette autorisation peuvent être sujettes à une nouvelle divulgation par le destinataire et ne plus être protégées par les réglementations fédérales sur la confidentialité. Cependant, d'autres lois étatiques ou fédérales peuvent interdire au destinataire de divulguer des informations spécialement protégées, telles que des informations sur le traitement de la toxicomanie et/ou des informations sur la santé mentale.
4. Je comprends que mon refus de signer cette autorisation ne mettra pas en péril mon droit d'obtenir un traitement présent ou futur pour un handicap psychiatrique, sauf lorsque la divulgation des informations est nécessaire au traitement.
5. Mes soins de santé et le paiement de mes soins de santé chez Brightside ne seront pas affectés si je ne signe pas ce formulaire.
6. Je comprends que je peux demander une copie de ce formulaire après l'avoir signé.
7. Je reconnais que Brightside peut demander une vérification de mon identité avant d'honorer cette autorisation, et que le fait de ne pas me conformer aux exigences de vérification d'identité en temps opportun entraînera un retard dans le traitement de cette autorisation.
8. Je reconnais que Brightside n'est pas responsable de la divulgation inappropriée de dossiers résultant de toute information erronée que j'ai pu fournir en remplissant ce formulaire.
9. Je comprends que mon dossier de santé peut contenir des rapports, des diagnostics, des notes et d'autres informations que seul un médecin qualifié peut interpréter. Je comprends et j'ai été informé que je dois contacter mon fournisseur Brightside pour toute question concernant les entrées effectuées dans mon dossier médical afin d'éviter toute mauvaise compréhension des informations contenues dans ces entrées. Je ne tiendrai pas Brightside, ses prestataires, employés ou associés responsables de toute mauvaise interprétation des informations contenues dans mon dossier médical du fait de ne pas avoir consulté mon prestataire pour obtenir l'interprétation correcte.

Signature:

Autorisation de divulgation du dossier médical

(Également connu sous le nom d'informations de santé protégées)

En cochant cette case et en tapant mon nom ci-dessous, je signe électroniquement cette décharge.

Signature du patient ou du tuteur légal

Date

Lien avec le patient (si tuteur légal))