

Instructions concernant l'autorisation d'utiliser et de divulguer des renseignements médicaux protégés (RMP)

1. Remplissez toutes les sections du formulaire. Les formulaires incomplets ne seront pas acceptés.
2. Énumérez le ou les prestataires de soins ou entités à qui vous demandez des documents et soumettez votre demande comme indiqué dans le tableau ci-dessous.
3. S'il est nécessaire d'inclure des renseignements sur le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, les soins de santé mentale, le dépistage génétique ou les renseignements confidentiels sur le VIH, il faut les inscrire à côté de chaque type approprié sous le numéro un.
 - Les renseignements concernant un traitement contre l'alcoolisme ou la toxicomanie signifient toutes les informations liées à un tel programme de traitement.
 - Les renseignements sur les soins de santé mentale signifient les dossiers ou renseignements cliniques qui tendent à identifier les patients souffrant de troubles mentaux, qui sont protégés par la loi de l'État de New York.
 - Les renseignements confidentiels liés au VIH signifient tous les renseignements qui montrent que vous avez subi un test de dépistage du VIH, une infection ou une maladie liée au VIH (y compris le SIDA) ou que vous avez été exposé(e) au VIH. Cela comprend les résultats négatifs.
 - Les renseignements génétiques signifient tout test de laboratoire visant à diagnostiquer la présence d'une variation génétique liée à une prédisposition à une maladie ou un handicap génétique, y compris l'analyse de profils d'ADN.

Une estimation des frais, le cas échéant, sera fournie avant que la demande ne soit satisfaite.

Site	Adresse	Numéro de téléphone
Tisch, Kimmel, Hassenfeld Children's Hospital, Rusk Rehabilitation, Ambulatory Care Center	NYU Langone Health HIM Department En personne: 550 First Avenue, Lobby, NY, NY 10016 Par courrier: One Park Avenue, 3 rd Floor, NY, NY 10016	212-263-5490
NYU Langone Orthopedic Hospital	NYU Langone Orthopedic Hospital HIM Department En personne: 380 2 nd Avenue, Suite 640 NY, NY 10003 Par courrier: 301 E 17 th St, NY, NY 10003	212-598-6790
NYU Langone Hospital – Long Island	NYU Langone Hospital – Long Island HIM Department En personne: Bureau des admissions - Hall principal 259 First Street, Mineola, NY 11501 Par courrier: 200 Old Country Road, Suite SW 201 Mineola, NY 11501	516-663-2515, option 4
Laura & Isaac Perlmutter Cancer Center	Perlmutter Cancer Center HIM Department 160 E 34 th Street NY, NY 10016	212-731-6180
NYU Langone Hospital – Long Island - Laura & Isaac Perlmutter Cancer Center	Perlmutter Cancer Center HIM Department 120 Mineola Blvd, 6 th Floor Mineola, NY 11501	516-633-8250
NYU Langone Hospital-Brooklyn	NYU Langone Hospital-Brooklyn HIM Department 150 55 th Street Brooklyn, NY 11220	718-630-7125
NYU Grossman School of Medicine Faculty Group Practices (FGP)	Au bureau individuel directement	Contactez le bureau individuel directement
Family Health Centers at NYU Langone	Marilyn Vientos, Director FHC Network Operations FHCPatientRelations@nyulangone.org	Contactez le bureau individuel directement
NYU Langone Hospital – Long Island Certified Home Health Agency (CHHA)	NYU Langone Hospital – Long Island - CHHA 290 Old Country Road Mineola, NY 11501	516-663-8000
Southwest Brooklyn Dental Practice	Attn: Practice Manager 215 54 th Street Brooklyn, NY 11220	929-455-2099
Films/Images de radiologie	Tisch: 560 1 st Ave, 2 nd Floor, NY, NY 10006 Orthopedic Hospital: 301 East 17 th St, Suite 600/6 th Floor, NY, NY 10003 FGP Radiology: NYU Langone Health Radiology Medical Records, 650 First Avenue, 4 th Floor, NY, NY 10016 Tous les autres sites: directement au site de l'étude radiographique	Tisch: 212-263-5227 Orthopédique: 212-598-6373 FGP: 212-263-7108 Autres: contactez le bureau individuel directement
Long Island Community Hospital (LICH)	Long Island Community Hospital - HIM Department 101 Hospital Road, Patchogue, NY 11772	631-654-7710

NYU Langone Health

NYU Langone Hospitals

Family Health Centers @NYU Langone

NYU Grossman School of Medicine

Long Island Community Hospital @NYU Langone Health

AUTORISATION D'UTILISER ET DE DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PROTÉGÉS (RMP)

Nom du/de la patient(e)	Date de naissance du/de la patient(e)	Numéro de téléphone
Adresse du/de la patient(e)		

Je soussigné(e), ou mon représentant autorisé, demande par les présentes que les renseignements concernant mes soins de santé et tout traitement soient divulgués de la manière indiquée sur ce formulaire. Je comprends que:

1. Les renseignements concernant un **TRAITEMENT CONTRE L'ALCOOLISME OU LA TOXICOMANIE**, des **SOINS DE SANTÉ MENTALE**, le **DÉPISTAGE GÉNÉTIQUE** ou des **RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS LIÉS AU VIH*** ne seront pas partagés à moins que je ne donne ma permission. En apposant mes initiales ci-dessous, j'autorise expressément la divulgation de ces renseignements aux personnes indiquées sur ce formulaire.

<input type="checkbox"/>	Renseignements concernant un traitement contre l'alcoolisme ou la toxicomanie (documents liés aux traitements)
<input type="checkbox"/>	Renseignements concernant un traitement de santé mentale (sauf les notes de psychothérapie qui peuvent demander une autorisation supplémentaire)
<input type="checkbox"/>	Renseignements concernant un dépistage génétique
<input type="checkbox"/>	Renseignements confidentiels liés au VIH (la divulgation de ces renseignements doit inclure les déclarations requises concernant l'interdiction de divulgation lorsque la loi l'exige)

2. À l'exception des types particuliers de renseignements énumérés ci-dessus, les renseignements qui sont partagés dans le cadre de cette autorisation peuvent être partagés à nouveau par le destinataire et ne sont plus protégés par la loi fédérale ou d'État. Sauf si la loi fédérale ou d'État le permet, si je donne la permission de partager des renseignements liés au VIH, le destinataire ne peut pas partager ces renseignements sans ma permission. Je peux demander une liste de personnes susceptibles de recevoir ou d'utiliser mes renseignements sur le VIH sans autorisation. Si je suis victime de discrimination en raison de la divulgation de renseignements liés au VIH, je peux contacter la Division des droits de la personne de l'État de New York (New York State Division of Human Rights) au +1 212 480 2493 ou avec la Commission des droits de la personne de la ville de New York (New York City Commission of Human Rights) au +1 212 306 7450. Ces agences sont chargées de protéger mes droits.
3. Je peux révoquer cette autorisation en écrivant au prestataire de soins ou à l'entité à qui j'ai soumis le formulaire (à l'adresse indiquée sur la page d'instructions). Cette révocation entrera en vigueur sauf dans la mesure où NYU Langone Health ou Long Island Community Hospital (« LICH ») s'est déjà fiée à cette autorisation.
4. La signature de cette autorisation est volontaire. NYU Langone Health ou LICH ne peut pas utiliser ma signature ou mon refus de signer la présente autorisation comme une condition au traitement, au paiement, à l'adhésion à un régime de soins de santé ou à l'admissibilité à des prestations, sauf dans des circonstances limitées.
5. Si je demande des films radiologiques originaux, je comprends qu'il n'y a pas de copies électroniques conservées par NYU Langone Health. Je dégage NYU Langone Health de toute responsabilité pour la maintenance de mes dossiers de radiographie.

Nom et adresse du prestataire de soins ou de l'entité à qui vous souhaitez divulguer des renseignements (voir la page d'instructions):

--

NYU Langone Health
NYU Langone Hospitals
Family Health Centers @NYU Langone
NYU Grossman School of Medicine
Long Island Community Hospital @NYU Langone Health

Objet de la divulgation de renseignements:

- À ma demande Continuité des soins
- Autre (veuillez expliquer, y compris s'il s'agit d'une prestation ou d'un programme du gouvernement): _____

Personne recevant ces renseignements:

- Moi-même Autre (nom ; carte d'identité requise): _____

Méthode/Format (des frais peuvent s'appliquer ; une estimation sera fournie avant la communication):

- Poster une copie papier à: _____
- Récupérer une copie papier MyChart (téléchargeable pendant 60 jours)
- Fax (numéro): _____ CD/DVD USB
- E-mail sécurisé (accessible/téléchargeable pendant 30 jours): _____
- Autre: _____

Description des renseignements à divulguer:

- Dossier médical complet du prestataire de soins ou de l'entité indiqué(e) ci-dessus
- Documents relatifs aux dates suivantes: _____
- Rapports radiologiques (indiquer le type de test et la date): _____
- Films/images radiologiques (indiquer le type de test et la date): _____
- Résumé des renseignements relatifs aux dates suivantes: _____
- Dossiers envoyés au prestataire de soins ou à l'entité susmentionné(e) par des prestataires non affiliés à NYU Langone Health et conservés par NYU Langone Health aux fins d'utilisation dans mes soins
- Autre (p. ex., dossiers de facturation; formulaires de consentement): _____

L'autorisation prendra fin un (1) an après la date de signature, à moins d'indication contraire

(événement ou date spécifique): _____

On a répondu à toutes mes questions, le cas échéant. De plus, on m'a fourni ou proposé une copie de ce formulaire si NYU Langone Health ou LICH m'a demandé de remplir ce formulaire.

Signature: _____ Date: _____ Heure: _____ AM/PM (Patient(e) ou personne autorisée à signer) <i>Si la personne consentante n'est pas le/la patient(e), indiquer le nom en caractères d'imprimerie et le type d'autorisation à signer. Les justificatifs doivent être fournis au moment de la demande.</i>
Nom/Autorité: _____

*Virus de l'immunodéficience humaine qui cause le SIDA. La Loi sur la santé publique de l'État de New York (New York State Public Health Law) protège les renseignements qui pourraient raisonnablement permettre d'identifier une personne comme étant séropositive ou infectée par le VIH et les renseignements concernant ses contacts.

Réservé au bureau: MRN: _____ Reçu: _____ / _____ / _____ Initiales: _____