|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Programme pour nourrissons et tout-petits de Caroline du Nord* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| *Autorisation de divulguer des informations sur la santé* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom de l’enfant : | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | Date de naissance : | | | | | | |  | | | | |
| Numéro de dossier médical de l'enfant : | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| J’ |  | | | | | | | | | Autorise par la présente | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| *(Parent/tuteur légal ou représentant personnel)* | | | | | | | | | | | | | | | *Nom du fournisseur/ de l’agence/ de l’individu)* | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pour divulguer et échanger des informations spécifiques sur la santé à partir des dossiers (verbaux, écrits et / ou électroniques) de l'enfant susmentionné à / de | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |  | |
| *Nom du bénéficiaire(s):* | | | | | | | |  | *Adresse* | | | | | | | | | | | | |  | | *Téléphone* | | |  | | *Fax (non obligatoire)* | |
|  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |  | |
| *Nom du bénéficiaire(s):* | | | | | | | |  | *Adresse* | | | | | | | | | | | | |  | | *Téléphone* | | |  | | *Fax (non obligatoire)* | |
|  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | |  | |
| *Nom du bénéficiaire(s):* | | | | | | | |  | *Adresse* | | | | | | | | | | | | |  | | *Téléphone* | | |  | | *Fax (non obligatoire)* | |
| Pour l’/les objectif(s) suivant(s) : | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Informations spécifiques à divulguer/échanger (cochez tout ce qui s'applique) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antécédent/Acte de naissance | | | | | | | Évaluations de physiothérapie | | | | | | | Évaluations multidisciplinaires | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dossiers médicaux et de santé | | | | | | | Évaluations en ergothérapie | | | | | | | Plans de services familiaux individualises [IFSP] | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Résultats de laboratoire | | | | | | | Évaluations de la parole et du langage | | | | | | | Statut d'éligibilité | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rapports de décharge et d’admission | | | | | | | Évaluations de développement | | | | | | | Rapports d'avancement/Notes d'évolutions | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Évaluations ophtalmologiques | | | | | | | Évaluations Nutritionnelles | | | | | | | Autre [précisez] | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Évaluations Audiologiques | | | | | | | Évaluations Pédagogiques | | | | | | | Autre [précisez] | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Antécédent social | | | | | | | Évaluations psychologiques | | | | | | | Autre [précisez] | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Antécédent du développement | | | | | | | Évaluations médicales | | | | | | | RESTRICTIONS Voir demande précise | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Je comprends que cette autorisation prendra fin à la date, à l'événement ou à la condition suivante : | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(NE PAS DÉPASSER UN AN)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Je comprends que si je ne précise pas une date d'expiration ou de condition, cette autorisation est valable pour la période nécessaire pour atteindre son but visé pendant un an au maximum, sauf pour les divulgations de transactions financières, où l'autorisation est valable indéfiniment. Je comprends également que je peux révoquer cette autorisation à tout moment en signant la section de révocation au bas de ce formulaire. Je comprends également que toute mesure prise sur cette autorisation avant la date d'annulation est légale et contraignante.  Je comprends que mes informations peuvent ne pas être protégées contre la rediffusion par le demandeur des informations ; cependant, si ces informations sont protégées par les règlements fédéraux concernant la confidentialité en matière d'abus de substances, le destinataire ne peut pas divulguer à nouveau ces informations sans une autre autorisation écrite, sauf autrement prévu par la loi fédérale ou de l'État.  Je comprends que si mon dossier contient des informations concernant l’infection HIV, AIDS ou des affections liées à l’AIDS, l'abus d'alcool, la toxicomanie, des troubles psychologiques ou psychiatriques ou des tests génétiques, cette divulgation peut inclure ces informations. Je comprends que je peux demander que la divulgation de ces informations soit restreinte. Je comprends également que je peux refuser de signer cette autorisation. Je comprends également que le programme pour nourrissons et tout-petits ne peut pas refuser de fournir un traitement ou l'éligibilité aux prestations si je refuse de signer cette autorisation. (Cependant notez que si le traitement est lié à la recherche, le traitement peut être refusé si l'autorisation n'est pas donnée.)  Je comprends également que je recevrai une copie de cette autorisation signée. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | |  | | | | | | | |
| *Signature du parent, client, tuteur légal, représentant personnel* | | | | | | | | | | | | |  | | | Date | | | | |  | | *Relation/Autorité* | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | |  | | | | | | | |
| *Signature du témoin* | | | | | | | | | | | | |  | | | Date | | | | |  | | *Relation/Autorité* | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **AUTORISATION DE DIVULGATION DES INFORMATIONS SUR LA SANTÉ – SECTION DE RÉVOCATION** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Je demande par la présente que cette autorisation d'échanger/divulguer des informations sur la santé de | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | *Nom de l’enfant(s) :* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Signé par : | |  | | | | | | | | | | | | | | | | Le | | | |  | | | | | | | | |
|  | | *Nom de la personne qui a signé l’autorisation* | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | *Date de signature* | | | | | | | | |
| Soit annulé, efficace | | | |  | | | | | | | | *(Date)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Je comprends que toute mesure prise sur cette autorisation avant la date d'annulation est légale et contraignante. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | |
| *Signature du parent, client, tuteur légal, représentant personnel* | | | | | | | | | | | | | |  | | | *Date* | | |  | | | | | *Relation/Autorité* | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | |
| *Signature du témoin* | | | | | | | | | | | | | |  | | | *Date* | | |  | | | | | *Relation/Autorité* | | | | | | |