

Autorisation d'accès unique aux données médicales d'un mineur

Département de la Santé de l'État de New York Par le biais d'un organisme d'échange de données médicales

Nom du patient / de la patiente	Date de naissance	Numéro d'identification du patient / de la patiente
Adresse du patient / de la patiente		
Organisme prestataire		
Date de la prestation		

Je demande que les données médicales concernant les soins et traitements que je reçois soient accessibles comme indiqué dans le présent formulaire. Je peux choisir d'autoriser ou non l'organisme prestataire susmentionné à consulter mes dossiers médicaux par le biais de l'organisme d'échange de données médicales nommé « Interboro Regional Healthcare Information Organization » et exerçant ses activités sous le nom « NY Care Information Gateway (NYCIG) ». Si je donne mon autorisation, mes dossiers médicaux des différents établissements dans lesquels je reçois des soins seront accessibles uniquement pour cette occasion afin que mon médecin traitant puisse m'apporter un traitement plus adapté.

Le choix que j'exprime par ce formulaire n'autorise PAS mon prestataire de santé à bénéficier d'un accès permanent à mes données médicales. Il s'agit d'un accès UNIQUE ET PONCTUEL.

Mon choix. Je coche UNE case à gauche de mon choix.
<input type="checkbox"/> 1. JE CONSENS à ce que l'organisme prestataire susmentionné consulte une seule fois TOUTES mes données médicales électroniques par le biais de NYCIG en vue de me fournir des soins de santé.
<input type="checkbox"/> 2. JE REFUSE DE CONSENTIR à ce que l'organisme prestataire susmentionné consulte mes données médicales électroniques par le biais de NYCIG à quelque fin que ce soit.

J'ai obtenu des réponses aux questions que j'ai soulevées à propos du présent formulaire, et un exemplaire de ce dernier m'a été remis.

Signature du patient / de la patiente	Date
Nom en caractères d'imprimerie	

Informations sur les données consultées par le biais de NY Care Information Gateway (NYCIG) et sur le processus de consentement :

1. **Comment vos informations peuvent-elles être utilisées ?** Vos données médicales au format électronique pourront uniquement être utilisées pour les services de santé suivants :
 - **Traitement pour prestations consenties par la personne mineure.** Comprend la fourniture d'un traitement médical et de prestations connexes.
2. **Quels types d'informations vous concernant sont inclus ?** Si vous donnez votre consentement, l'organisme prestataire répertorié pourra consulter UNE SEULE FOIS SEULEMENT TOUTES vos données médicales au format électronique disponibles via NYCIG, y compris les informations générées avant et après la date de signature du présent formulaire. Vos dossiers médicaux peuvent renfermer des antécédents de maladies ou de blessures (comme le diabète ou une fracture), des résultats d'examen (par ex. des radios ou des analyses de sang) et la liste des médicaments que vous avez pris. Ces données peuvent porter sur des pathologies sensibles, notamment, sans caractère limitatif :
 - Alcoolisme ou toxicomanie
 - Prise de contraceptifs et avortement (planning familial)
 - Maladies génétiques (héréditaires) ou tests y ayant trait
 - VIH/SIDA
 - Problèmes de santé mentale
 - Maladies sexuellement transmissibles
3. **D'où proviennent les données médicales vous concernant ?** Les informations à votre propos émanent de lieux où vous avez bénéficié de soins médicaux ou d'une assurance santé, à savoir, entre autres, les hôpitaux, les médecins, les pharmacies, les laboratoires cliniques, les compagnies d'assurance, le programme Medicaid et d'autres organismes qui partagent des informations médicales par voie électronique. Une liste exhaustive et à jour est disponible sur le site Web de NY Care Information Gateway : www.NYCIG.org.
4. **Qui peut consulter les informations vous concernant si vous donnez votre consentement ?** Seuls les médecins et autres membres du personnel des organismes auxquels vous avez donné votre consentement et qui exercent les activités autorisées par le présent formulaire, comme décrit ci-dessus au paragraphe 1, pourront consulter les informations vous concernant.
5. **Consultation par les organismes de santé publique et de prélèvement d'organes.** Les services de santé publique fédéraux, d'État ou locaux, ainsi que certains organismes de prélèvement d'organes, sont autorisés par la loi à consulter les données médicales sans le consentement d'un patient, à des fins de santé publique et de greffe d'organes. Ces entités peuvent consulter vos informations par le biais de NYCIG à ces fins, que vous donniez ou refusiez de donner votre consentement ou que vous remplissiez ou non un formulaire de consentement.
6. **Sanctions en cas de consultation ou d'utilisation non autorisée de vos informations.** Des sanctions sont prévues en cas de consultation ou d'utilisation non autorisée de vos données médicales au format électronique. Si vous soupçonnez à un moment ou à un autre qu'une personne a consulté vos données sans y être autorisée, appelez l'organisme prestataire au : _____; ou visitez sur le site Web de NYCIG : www.NYCIG.org; ou appelez le Département de la santé de l'État de New York au 518-474-4987; ou suivez la procédure de plainte du Bureau fédéral des droits civils sur la page suivante : <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
7. **Nouvelle divulgation d'informations.** Tous les organismes auxquels vous avez donné l'autorisation de consulter vos données médicales peuvent de nouveau les divulguer, mais uniquement dans la mesure où les lois et réglementations d'État et fédérales l'autorisent. Les informations relatives à un traitement pour alcoolisme ou toxicomanie ou les informations confidentielles relatives au VIH peuvent être consultées et faire l'objet d'une nouvelle divulgation uniquement si elles sont accompagnées des déclarations obligatoires concernant l'interdiction d'une nouvelle divulgation.
8. **Période de validité.** Le présent formulaire de consentement sera UNIQUEMENT valide pendant la durée du traitement reçu à la « date de la prestation » indiquée.
10. **Exemplaire du présent formulaire.** Vous êtes en droit d'obtenir un exemplaire du présent formulaire de consentement.