

## AUTORISATION DE COMMUNICATION INFORMATIONS DE SANTÉ

### INFORMATIONS SUR LES PARTICIPANTS

Nom du Participant: \_\_\_\_\_  
*((Nom de Famille) (Prénom) (Deuxième Prénom) (Date de Naissance))*

Adulte Juridiquement Responsable: \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_

Adulte Juridiquement Responsable: \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_

### PERMISSION DE PARTAGE D'INFORMATIONS

En signant ce formulaire, j'autorise les prestataires ci-après à partager et à divulguer les dossiers sanitaires et scolaires de mon enfant avec la Division des soins particuliers pour enfants (DSCC) de l'Université de l'Illinois de Chicago.

Cela comprend le partage et la divulgation de toutes les informations sanitaires et scolaires passées, actuelles et futures concernant le participant.

Veuillez lire attentivement. Dites à l'équipe coordinatrice des soins de la DSCC si vous avez des questions.

J'autorise les employés, les agents contractuels et les volontaires de:

### PRESTATAIRES

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

### TYPE D'INFORMATIONS QUE LA DSCC POURRA PARTAGER OU RECEVOIR

Les prestataires susmentionnés peuvent partager ou divulguer ces types d'informations/de dossiers avec la DSCC. La DSCC peut aussi partager ces types d'informations avec les prestataires cités..

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Médical/Clinique/Hôpital      | <input type="checkbox"/> Services Sociaux  |
| <input type="checkbox"/> Éducation                     | <input type="checkbox"/> Dossiers financiers (pour Assistance financière de la DSCC) |
| <input type="checkbox"/> Prestations d'assurance santé | <input type="checkbox"/> Thérapie professionnelle/physique                           |
| <input type="checkbox"/> Discours/Audiologie           | <input type="checkbox"/> Informations Démographiques                                 |
| <input type="checkbox"/> Autre _____                   |  |

Je comprends que les dossiers peuvent contenir les informations sensibles suivantes:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Handicaps de Développement        | <input type="checkbox"/> Santé Psychologique/Comportementale            |
| <input type="checkbox"/> Tests ou consultations génétiques | <input type="checkbox"/> Consommation de substances (drogues/alcool)    |
| <input type="checkbox"/> Santé génésique                   | <input type="checkbox"/> Informations ou résultats de tests de VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Attaques ou Abus Sexuels          |   |

## MOTIF DE PARTAGE D'INFORMATIONS

La DSCC peut utiliser les informations du participant pour les objectifs suivants ::

- Coordination de soins
- Contrôle d'éligibilité médicale pour la DSCC
- Décision du paiement de DSCC pour soins
- Autre \_\_\_\_\_

## PERMISSION DE TRANSFERT D'INFORMATIONS

En signant ci-dessous, j'autorise la DSCC à transférer toutes les informations passées, actuelles et futures que la DSCC reçoit par le biais de toutes les autorisations avec les prestataires identifiés du participant. Cela comprend l'autorisation avec les agences et avec les prestataires identifiés ci-dessus pour les fins figurant sur ce formulaire.

Si j'adhère à Medicaid Illinois ou à l'un des plans de soins gérés par Medicaid Illinois, j'autorise la DSCC à transférer toutes les informations passées, actuelles et futures au Département de l'Illinois de la santé et des services aux familles ou à l'organisation gérée de soins applicable de Medicaid à des fins de coordination, de traitement et de paiement des soins ci-dessus.

## VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LES DÉCLARATIONS SUIVANTES

### JE COMPRENDS:

- La présente autorisation est facultative. Je peux refuser de signer ce formulaire. Le refus de signer ce formulaire n'affectera pas la capacité du participant à recevoir un traitement, un paiement, une inscription ou l'admissibilité à des prestations de la part de ses prestataires de soins de santé. Le fait de ne pas signer peut limiter la capacité, la qualité et la rapidité des services du DSCC. Cela peut également avoir un impact sur votre capacité à vous inscrire et à bénéficier des services de coordination des soins du DSCC.
- Je peux annuler ou révoquer cette autorisation à tout moment en fournissant un avis écrit à la DSCC. La révocation n'est efficace que si la DSCC la reçoit et la reconnaît.
- J'ai le droit d'inspecter et de demander une copie des informations à transmettre, à divulguer ou à transférer.
- Les informations sanitaires protégées divulguées peuvent ne plus recevoir la protection de l'HIPAA.

## SIGNATURES

Cette autorisation est valable pour un an à compter de la date de signature sauf si une autre date d'expiration est retenue.

Date (Mois/Jour/Année): \_\_\_\_\_

## ADULTE LÉGALEMENT RESPONSABLE

L'adulte légalement responsable doit compléter cette section.

Vous êtes considéré-e comme adulte légalement responsable si:

- Vous êtes le parent ou le tuteur légal du participant.
- Vous êtes le participant et vous avez au moins 18 ans.
- Vous avez moins de 18 ans et vous êtes marié-e, enceinte ou légalement émancipé-e.

En signant ci-dessous, j'affirme être l'adulte légalement responsable de la liste figurant ci-dessus et je consens volontairement et autorise entièrement les transmissions/divulgations correspondant à cette autorisation.

**Adulte Juridiquement Responsable:** \_\_\_\_\_  
*(Signature de l'Adulte légalement responsable)* *(Date)*

**Témoin:** \_\_\_\_\_  
*(Signature de témoin)* *(Nom du témoin en majuscules)* *(Date)*

## PARTICIPANT·E·S MINEUR·E·S DE 12 à 17 ANS

Complétez cette section pour les participant·e·s de 12 à 17 ans. Si le participant a moins de 12 ans ou plus de 18, ne complétez pas cette section.

Les informations suivantes d'un·e participant·e âgé·e de 12 à 17 ans (Patient·e mineur·e) sont limitées de la manière suivante:

Consommation de drogues/alcool, SIDA/VIH ou contraception/sexualité/maladie(s) sexuellement transmise(s)/agression sexuelle ainsi que toute information sanitaire générée du fait du consentement ou du traitement indépendant et légalement autorisé du participant mineur, nécessite la signature du participant mineur pour cette transmission.

Les informations de handicaps de santé mentale ou de développement sont disponibles après que la signature du participant mineur a fait l'objet d'un constat ou que la signature du parent du participant mineur ou du tuteur a été constatée, à condition que le participant mineur ait été informé et ne s'oppose pas à la divulgation. Sinon, le droit de l'Illinois ne permet la disponibilité que des informations limitées sur la santé mentale ou sur les handicaps développementaux pour le parent ou pour le tuteur du participant mineur.

En signant ci-dessous, j'affirme être le participant et consens volontairement et autorise entièrement la communication correspondant à ce consentement.

**Participant:** \_\_\_\_\_  
*(Signature du participant)* *(Nom du participant en lettres majuscules)* *(Date)*

**Témoin:** \_\_\_\_\_  
*(Signature de témoin)* *(Nom du témoin en majuscules)* *(Date)*

Le participant a un retard mental ou n'est pas en mesure de donner son consentement. En tant qu'adulte légalement responsable, je signe ci-dessous.

**Adulte Juridiquement Responsable:** \_\_\_\_\_  
*(Signature de l'Adulte légalement responsable)* *(Date)*

### INCAPACITÉ PHYSIQUE À SIGNER LE FORMULAIRE

Utiliser cette section si le participant est physiquement empêché de signer le formulaire.

Participant (marque): \_\_\_\_\_  Demande complètement expliquée au participant

**Témoïn:** \_\_\_\_\_  
*(Signature de témoin)* *(Nom du témoin en majuscules)* *(Date)*

**Témoïn:** \_\_\_\_\_  
*(Signature de témoin)* *(Nom du témoin en majuscules)* *(Date)*