

Commonwealth of Massachusetts
 Department of Mental Health
Autorisation de Communication d'Information
A Double Sens

1. Patient/Demandeur - Données	
Prénom et nom: _____ Autres noms: _____	
Rue: _____ No: _____	
Ville/Commune: _____ Etat: _____ Code Postal: _____	
N° de Sécurité Sociale: _____ Date de Naissance: _____	
Téléphone: _____	

2. Autorisation de Communication: J'autorise le Service de Santé mentale (DMH) à recevoir et à communiquer des renseignements, y inclus des communications confidentielles, soit à l'intention de / soit de la part de la Personne, l'Agence ou l'Institution nommée ci-dessous, par voix ou par écrit.	
Personne, Agence ou Institution (C'est à dire nom et adresse de l'hospital, du praticien de traitement ambulatoire, du programme résidentiel, etc.) Nom: _____ A l'attention de: _____ Rue: _____ Ville/Commune: _____ Etat/Code Postal: _____ Téléphone: _____ Télécopie: _____	Contact au Service de Santé (DMH): Nom: _____ Rue: _____ Ville/Commune: _____ Etat/Code Postal: _____ Téléphone: _____ Télécopie: _____ Courriel: _____

3. Cocher pour indiquer les renseignements que vous désirez faire communiquer: (cocher chaque catégorie qui s'applique)		
<input type="checkbox"/> Diagnostique et Traitement fournis par un Psychiatre; Psychologue; Infirmière Clinicienne Spécialiste en Santé Mentale; Aide Psychologique par Assistante Sociale Autorisée; tous autres Fournisseurs de Santé Mentale Autorisés.		
<input type="checkbox"/> Le Dossier de Santé Mentale en entier, <i>sans les Observations de Psychothérapie qui requièrent une autorisation à part</i>		
<input type="checkbox"/> Dossier complet (Médical et Mental)	<input type="checkbox"/> Programmes de service (ISPs) et D'Action (IAPs) Individuels	<input type="checkbox"/> Planification de Traitement
<input type="checkbox"/> Résumé de décharge	<input type="checkbox"/> Analyse Neuropsychiatrique	<input type="checkbox"/> Sommaire de Transfert
<input type="checkbox"/> Documents d'admission	<input type="checkbox"/> Examen physique	<input type="checkbox"/> Analyses de laboratoire

Autres (préciser s'il vous plaît) / renseignements supplémentaires: _____

4. Dates des renseignements que vous désirez permettre de communiquer: (Préciser)
Dates des renseignements demandés: A partir de: _____ Jusqu'à: _____

Commonwealth of Massachusetts
Department of Mental Health
Autorisation de Communication d'Information
En Deux Sens

Nom du Patient/Demandeur: _____

5. Indiquez par vos initiales que vous donnez permission de communiquer les renseignements suivants si compris dans votre dossier: (Initialer ce qui s'applique)	
Vos initiales ici: _____	Résultats d'examen VIH (Autorisation requise pour chaque demande de communication)
Vos initiales ici: _____	Dossiers d'Abus d'Alcool ou de Drogue protégés par les règles 42 CFR Partie 2 Les lois Fédérales empêchent toute décharge de ces renseignements si leur communication n'est pas expressément permise par autorisation écrite de la personne concernée ou comme autrement permis par 42 CFR Partie 2.

6. But de la Communication: (cocher une case obligatoirement)	
<input type="checkbox"/> Usage Personnel	<input type="checkbox"/> Coordination de soins <input type="checkbox"/> Recommandation <input type="checkbox"/> Faciliter la facturation
<input type="checkbox"/> Obtention d'assurance, de bénéfices financiers ou autres	
<input type="checkbox"/> Autre but (préciser svp): _____	

Je comprends que:

- J'ai le droit de révoquer cette autorisation à tout moment.
- Pour révoquer cette autorisation, je dois le faire par écrit et le présenter au DMH à l'adresse du DMH indiquée ci-dessus ou au bureau du DMH près de chez moi. (Trouver les bureaux locaux du DMH à www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory; téléphonez au 1-800-221-0053; ou par courriel à dmhinfo@MassMail.State.MA.US).
- La révocation ne s'appliquera pas aux renseignements préalablement communiqués sous cette autorisation.
- La révocation ne s'appliquera pas à ma compagnie d'assurances quand la loi prévoit pour mon assureur le droit de contester une demande sous mon contrat.
- Quand les renseignements sont communiqués, le receveur a le droit de les communiquer lui aussi et les renseignements ne sont pas garantis d'être protégés par les lois et règlements de confidentialité du gouvernement fédéral ou des états.
- L'autorisation de communication des renseignements identifiés ci-dessus est à volonté.
- Je n'ai pas besoin de signer ce formulaire pour recevoir les traitements ou services rendus par le Service de Santé (DMH) ou par l'autre personne, institution ou agence citée; néanmoins, le manque de pouvoir peut empêcher de recevoir des renseignements et empêcher le DMH ou toute autre personne, institution ou agence nommée de fournir les soins appropriés et nécessaires.

Cette autorisation prendra fin (préciser une date, période ou événement) _____ ou, Si rien n'est précisé, elle se terminera un an après la date de signature.

7. Signature / Autorisation: Signer et donner les renseignements requis ci-dessous.	
X _____	_____
Votre signature ou celle de votre Représentant Personnel	Date
Ecrire en caractères d'imprimerie le nom du signataire	
Les renseignements ci-dessous sont requis si la signature est celle d'un représentant personnel:	
De quelle autorité (par ex. commis d'office à la cour, parent ayant la garde): _____	