

Inscription au Centre de santé scolaire de Greater Portland Health

Formulaire d'autorisation d'utilisation et de divulgation d'informations en matière de soins de santé

En signant ci-après, je reconnais et consens à ce qui suit, eu égard à l'inscription de mon enfant au Centre de santé scolaire de Greater Portland Health (« le Centre de santé scolaire GPH ») et à la divulgation du dossier médical de mon enfant et d'informations connexes :

- J'ai reçu et lu l'Avis relatif aux pratiques en matière d'informations de santé du Centre de santé scolaire GPH qui offre des conseils concernant l'utilisation et la divulgation potentielles des informations de santé contenues dans le dossier médical de mon enfant, conformément aux normes de confidentialité de la loi HIPAA.
- J'autorise le Centre de santé scolaire GPH à accéder au dossier médical de mon enfant, y compris sans toutefois s'y limiter, aux informations concernant la santé physique, le comportement et les services de consultation, le cas échéant, et à toutes informations connexes, aux fins de traitement ou comme exigé et permis par la loi, comme déterminé par le Centre de santé scolaire GPH.
- J'autorise le Centre de santé scolaire GPH à fournir à l'école (y compris à l'infirmier/infirmière et aux assistants sociaux) des informations extraites des dossiers du Centre de santé scolaire GPH, comme il est jugé nécessaire et approprié à des fins de traitement ou comme exigé et permis par la loi, comme déterminé par le Greater Portland Health.
- J'autorise le Centre de santé scolaire GPH à communiquer les informations contenues dans ses dossiers (y compris les dossiers médicaux de l'école s'ils font partie des dossiers du centre) à d'autres médecins et prestataires de soins, y compris des médecins généralistes, dentistes et spécialistes de la santé mentale, pour faciliter l'administration des soins à mon enfant.
- J'autorise le médecin généraliste, dentiste et spécialiste de la santé mentale de mon enfant (« Prestataires tiers ») à fournir des informations de santé et dossiers médicaux au Centre de santé scolaire GPH pour faciliter l'administration des soins par le Centre de santé scolaire GPH à mon enfant. Je comprends que lesdits Prestataires tiers peuvent me demander de signer une autorisation séparée pour autoriser la divulgation des dossiers concernant le traitement par ces derniers.
- J'autorise le Centre de santé scolaire GPH à communiquer des informations extraites des dossiers du Centre de santé scolaire GPH, s'il y a lieu, aux compagnies d'assurance ou autres débiteurs.
- Je comprends et accepte comme suit : (i) Cette autorisation est valable pendant un an à compter de la date de signature, sauf si une durée plus brève est stipulée aux présentes et (ii) je peux révoquer cette autorisation à tout moment en déposant un avis écrit de retrait de l'autorisation, sauf dans la mesure où le Centre de santé scolaire GPH s'est fié au consentement original.

✍ **Signature du parent/tuteur :** _____ **Date :** _____

Nom en caractères d'imprimerie : _____ **Relation avec l'enfant :** _____