



AUTORISATION CONCERNANT LA TRANSMISSION/RECEPTION D'INFORMATIONS

Programme/Service _____
 Adresse _____ Tél _____
 _____ FAX _____

Remplir en caractères d'imprimerie. Un formulaire par personne et par agence

Nom	Prénom	Initiale 2e prénom	Date de naissance	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
-----	--------	-----------------------	----------------------	--

1. J'autorise le programme susmentionné du Département de la santé et des services sociaux du comté de Montgomery, DHHS, Montgomery County Department of Health and Human Services, à :

transmettre à recevoir de discuter des dossiers cochés ci-dessous avec:

Agence/Personne : _____

Adresse : _____

2. Inscrivez vos initiales devant les rubriques concernées.

_____ **Accusé de réception de services**

_____ **Dossier complet du programme (comprenant toutes les rubriques mentionnées ci-dessous)**

_____ Examen d'entrée _____ Plan de traitement _____ Rapports de suivi _____ Diagnostic

_____ Examen psychiatrique _____ Résumé du service _____ Examen psychologique

_____ Résultats d'analyses _____ Médicaments prescrits _____ Anamnèse

_____ **Dossiers de traitement d'alcoologie/toxicologie. Inscrivez vos initiales devant les rubriques concernées et joignez la Note concernant l'interdiction de retransmission d'informations confidentielles**

_____ Résumé des tests d'évaluation et de l'anamnèse

_____ Résumé du suivi du plan de traitement et de service

_____ **Autre (précisez)** _____

_____ **Données transmises au DHHS par d'autres sources et classées dans le dossier du programme.**

3. But de cet échange d'informations _____

4. Cette autorisation est valable (ne cochez qu'une seule case sans excéder le délai d'une année)

jusqu'au _____ (date) 90 jours jusqu'à ce que : _____

5. Je comprends que je peux annuler cette autorisation lorsque je le désire en informant par écrit le personnel du programme de ma décision, qui prendra effet à la date de réception par le DHHS et qui sera sans effet sur les informations déjà utilisées ou transmises avec mon accord. Le DHHS ne peut conditionner de traitement, de paiement, ni d'accès aux droits aux services à la signature du présent document, à moins que mon autorisation ne soit requise pour l'évaluation de mes droits aux service/aides. Je comprends que si les personnes ou organismes que j'autorise à recevoir et/ou à utiliser ces informations ne sont pas soumises à la clause de confidentialité des lois fédérales ou d'Etat, les dites informations peuvent ne pas être protégées et, en conséquence, être transmises à des tiers. Je comprends que, si cette autorisation s'applique à des informations liées à des traitements d'alcoologie ou de toxicologie protégées par la réglementation fédérale selon l'article 42 C .R: Part 2, je peux annuler cette autorisation oralement et je comprends que mes dossiers ne peuvent être retransmis sans mon autorisation écrite, sauf disposition contraire des lois en vigueur.

Signature

Date

Signature du parent, tuteur, ou autre représentant légal

Date

En cas de signature de tiers, indiquez la relation (en caractères d'imprimerie)

Signature de l'employé du DHHS

Date