

IMPORTANT : NE SIGNEZ PAS CE FORMULAIRE SANS AVOIR LU ET COMPRIS SON CONTENU.

Le présent consentement à l'examen et au traitement s'applique à _____ un « prestataire », ci-après dénommé.

1. Consentement aux traitements/services médicaux et aux interventions chirurgicales

J'autorise par la présente le prestataire, le(s) prestataire(s) qui me traite(nt) et toute personne qu'ils peuvent choisir comme assistant, à me fournir un traitement médical raisonnable et nécessaire, y compris, mais sans s'y limiter, les soins d'urgence, l'administration de médicaments approuvés, les soins infirmiers et les services de radiologie et de pathologie. Je comprends que mon médecin ou chirurgien doit obtenir mon consentement éclairé, lorsque cela est nécessaire, pour un traitement médical ou chirurgical, des procédures diagnostiques ou thérapeutiques spécifiques, ou des prestations hospitalières effectuées selon les instructions générales et spécifiques du médecin. Je comprends que dans de nombreux cas, les médecins et les chirurgiens, qui me fournissent des prestations, sont des entrepreneurs indépendants et ne sont pas des employés ou des agents du prestataire. Si je suis dans l'incapacité de donner mon consentement et mon autorisation comme indiqué ci-dessus, ce consentement et cette autorisation peuvent être donnés par l'une des personnes qui sont autorisées à consentir à un traitement chirurgical ou médical en mon nom en vertu de La. R. S. 40:1299.53.

2. Échantillons

J'autorise et je consens à la préservation, l'examen, le test, la conservation, l'utilisation, y compris, sans s'y limiter, l'utilisation à des fins scientifiques, diagnostiques, thérapeutiques ou éducatives, ou l'élimination, par le prestataire, à sa discrétion, de tout échantillon, tissu, matériel ou substance qui pourrait être retiré(e) au cours d'une procédure diagnostique, d'une intervention thérapeutique ou d'un traitement médical.

3. Photographie

Je consens à ce que des photographies, des bandes vidéo, des images numériques ou autres soient enregistrées afin de documenter mes soins. Je comprends que ces images peuvent être utilisées pour des traitements, des opérations de soins de santé, à des fins scientifiques, éducatives, de recherche, d'identification des patients ou de sécurité. Je comprends que ces images seront stockées de manière sécurisée et ne seront utilisées pour des raisons autres que celles décrites ci-dessus qu'avec mon autorisation écrite, ou tel qu'autrement permis par la loi.

4. Télé médecine

Je consens à ce qu'une partie ou la totalité de mes services médicaux soient fournis par vidéo ou autre technologie de télécommunication interactive, conformément à la loi. Je comprends que je peux refuser de recevoir des services médicaux par télé médecine ou interrompre ces soins à tout moment. Je comprends ce qui suit concernant les consultations de télésanté :

- Les équipements de vidéoconférence pourraient tomber en panne, entraînant des retards dans l'évaluation et le traitement médicaux.
- Dans de rares cas, les informations transmises peuvent ne pas être suffisantes (par exemple, mauvaise résolution des images) afin de permettre une prise de décision médicale appropriée par le prestataire consultant.
- En de très rares occasions, les protocoles de sécurité peuvent échouer, entraînant une violation de la confidentialité des informations médicales personnelles.
- Il est possible que mon enfant ou moi-même devions être vus par le consultant ou lui rendre visite en personne si des informations supplémentaires sont nécessaires pour établir un diagnostic.

5. Enseignement

J'ai été informé(e) et je comprends que le prestataire est un établissement d'enseignement et que les procédures effectuées peuvent nécessiter la surveillance, la coopération et les prestations de plusieurs prestataires de soins de santé. J'autorise et je comprends que mes soins peuvent être fournis par des étudiants infirmiers, des techniciens, des thérapeutes, des stagiaires, des résidents, des congénères et d'autres prestataires et observateurs, qui sont contrôlés par des enseignants et/ou du personnel qualifiés, conformément aux politiques du prestataire. Je consens également à la présence de représentant(s) du fabricant pendant certaines procédures afin de surveiller et de fournir une consultation technique au(x) médecin(s), à sa discrétion et avec l'approbation du(des) médecin(s) et du prestataire.

6. Médicaments

Sauf indication contraire de mon prestataire, j'accepte et je consens à ce que le prestataire prescrive des médicaments chimiquement identiques ou thérapeutiquement comparables (« génériques ») provenant d'une liste de médicaments approuvée par le personnel médical du prestataire, dans le cadre de son système de formulaire.

7. Équipements

Je consens à l'élimination du dispositif médical explanté, sauf si je demande expressément qu'il soit conservé avant l'intervention.

8. Aucune garantie

Je reconnais que la pratique de la médecine n'est pas une science exacte et que **AUCUNE GARANTIE OU ASSURANCE NE M'A ÉTÉ DONNÉE** concernant l'issue et/ou le résultat de tout traitement médical/prestation.

9. Sang

Je comprends que si un hôpital ou le personnel médical d'urgence, un médecin ou une ou plusieurs autres personnes sont exposés ou signalent une exposition à mon sang ou à mes liquides corporels, un test de dépistage de mon sang sera effectué afin de détecter des infections transmises par le sang, y compris, sans s'y limiter, l'hépatite B et C ainsi que le VIH/SIDA. Je comprends que je peux refuser le dépistage du VIH s'il s'agit d'un dépistage de routine. Je comprends que la loi de l'État oblige le prestataire et/ou le médecin à déclarer certaines maladies infectieuses, y compris les maladies sexuellement transmissibles, au Ministère de la santé de l'État.

10. Exonération de responsabilité en cas de perte de biens personnels

Le prestataire de soins encourage les patients et les familles à NE PAS stocker d'argent et d'objets de valeur dans ses locaux ; ces articles doivent être laissés à la maison ou chez des membres de la famille ou d'autres soignants. Certains établissements des prestataires ont des zones sécurisées dédiées pour la garde de l'argent et des objets de valeur (y compris, mais sans s'y limiter, l'argent, les bijoux, les documents, les vêtements en fourrure, les prothèses dentaires, les lunettes, les appareils auditifs, les prothèses ou autres biens personnels). Le prestataire ne sera pas responsable de la perte ou de l'endommagement de tout bien personnel non officiellement déposé dans une zone sécurisée dédiée.

11. Cession des prestations

Par la présente, je cède et j'autorise, que je signe en tant qu'agent ou en tant que patient, le paiement direct au prestataire et/ou à tout médecin hospitalier de toutes les prestations d'assurance et de régime de santé, y compris, mais sans s'y limiter, les prestations du programme fédéral de soins de santé, qui me sont autrement payables ou qui le sont en mon nom pour cette hospitalisation ou pour ces services ambulatoires, y compris les services d'urgence s'ils sont rendus. Il est entendu que je suis financièrement responsable envers le prestataire pour les frais non couverts par cette mission.

12. Autorisation pour les appels, textes et e-mails relatifs aux soins de santé

J'autorise le prestataire, ses employés, agents, représentants et/ou personnes désignées à me contacter en utilisant des messages vocaux pré-enregistrés/artificiels et/ou un service de numérotation automatique à tout numéro de téléphone (y compris un téléphone sans fil) que je divulgue au prestataire. Ce consentement et cette autorisation s'appliqueront aux messages texte envoyés aux numéros de téléphone portable que je communique au prestataire, ainsi qu'aux e-mails utilisant toute adresse électronique que je fournis au prestataire.

13. Autorisation de divulguer des informations

Par la présente, j'autorise le prestataire à obtenir mes informations médicales auprès d'autres prestataires et fournisseurs de soins de santé, selon les besoins de mes soins et traitements. J'autorise le prestataire à divulguer, pour examen et/ou copie, toutes les informations médicales recueillies lors de mon admission, à la demande de ma compagnie d'assurance (privée ou gouvernementale, c'est-à-dire Medicare ou Medicaid), ou de tout autre tiers financièrement responsable et/ou de son (ses) agent(s) désigné(s), pour la détermination de mes prestations, le paiement des prestations qui me sont fournies et la détermination de la pertinence de mon admission ou de la poursuite de mon admission et de la durée de mon séjour chez le prestataire. SAUF INDICATION CONTRAIRE EXPRESSE DE MA PART, j'autorise également le prestataire à divulguer mes informations médicales aux personnes participant à mes soins. Je comprends que certains de ces prestataires et fournisseurs peuvent être des personnes ou des entités indépendantes qui sont impliquées dans mes soins médicaux. Je comprends que les réglementations des États et du gouvernement fédéral peuvent également exiger du prestataire qu'il communique des informations me concernant à des fins de santé publique ou de sécurité, y compris, mais sans s'y limiter, la communication aux registres de vaccination.

Je comprends en outre que le prestataire appartient, directement ou indirectement, à Greater New Orleans Health Information Exchange (échange d'informations sur la santé de la région de la Nouvelle-Orléans (GNOHIE)). GNOHIE permet à d'autres prestataires de voir votre dossier médical, y compris vos antécédents médicaux, les médicaments que vous prenez, les résultats de tests, les rapports de chirurgie, les notes de sortie de l'hôpital et d'autres informations concernant votre santé. Le partage de ces informations permet de gagner du temps et aide les prestataires à mieux vous soigner. Si vous ne souhaitez pas que GNOHIE partage vos dossiers, vous pouvez vous « désinscrire » de GNOHIE à tout moment en appelant le numéro gratuit 1-855-446-6443 ou en consultant le site web www.gnohie.org et en cliquant sur « FAQ ». Vos dossiers de traitement, de paiement et d'opérations seront partagés jusqu'à ce que GNOHIE reçoive votre directive de « désinscription ». Je comprends également que le prestataire peut participer à des échanges d'informations sécurisés visant à promouvoir des soins efficaces et de haute qualité. Ces échanges permettent à d'autres prestataires de consulter votre dossier médical, y compris vos antécédents médicaux, les médicaments que vous prenez, les résultats de tests, les rapports de chirurgie, les notes de sortie de l'hôpital et d'autres informations concernant votre santé. Si vous ne souhaitez pas partager vos dossiers dans le cadre de ces échanges, vous pouvez vous « désinscrire » à tout moment en envoyant un formulaire de désinscription dûment rempli et signé par courrier à LCMC/Children's Medical Records Department, 1033 Calhoun Street New Orleans LA 70118 ou par fax au 504 896-9214. Si vous vous désinscrivez de ces échanges, vous serez exclu de tous les échanges auxquels le prestataire participe.

14. Accord financier

Je m'engage par la présente à payer le prestataire pour tous les soins, prestations et traitements que je reçois, conformément aux tarifs et barèmes d'honoraires habituels du prestataire. Si je suis couverte par un régime de santé ou une police d'assurance, j'accepte de fournir des informations actuelles et précises avant ou au moment de mon admission/inscription. Je certifie que toutes les informations, que j'ai fournies ou partagées avec le prestataire, sont vraies et exactes et que je me suis conformé(e) à toutes les exigences de la compagnie d'assurance concernant les recommandations, les pré-autorisations et la couverture familiale afin d'éviter le refus du paiement. Je comprends que, si je n'ai pas respecté ces exigences, je serai responsable de la facture. Si je suis admissible à recevoir des prestations en vertu d'un régime de prestations de soins de santé avec lequel le prestataire a conclu un contrat, je peux être tenu(e) de payer certaines prestations conformément au contrat du régime. Si je préfère une chambre privée lors d'un séjour hospitalier, je comprends que je peux être tenu(e) d'en assumer le coût. Si mon régime de soins de santé détermine que les services du prestataire ne sont pas médicalement nécessaires, j'autorise le prestataire à me représenter dans toute révision de la décision prise par mon régime de soins de santé ou en son nom. Si les paiements de non-assurance effectués sur mon compte dépassent le montant total dû, y compris, sans s'y limiter, les frais de retard, le prestataire est autorisé à appliquer cet excédent à tout compte préexistant pour des prestations médicales fournies antérieurement. Si mon compte devient en souffrance et qu'il est confié à un avocat ou à une agence de recouvrement, je devrai payer les frais d'avocat, les frais de justice et les frais de recouvrement. Je comprends que je suis responsable de toutes les prestations non couvertes, des franchises et des co-paiements. Tous les comptes en souffrance portent intérêt au taux maximum autorisé par la loi. **Je comprends que je recevrai des factures à la fois du prestataire et de tout médecin indépendant ou autre praticien impliqué dans mes soins.**

Je comprends que le présent consentement général à l'examen et au traitement restera en vigueur et s'appliquera à tous les traitements ou prestations que je reçois, à moins que je ne le révoque, par écrit, sauf dans la mesure où le prestataire a déjà pris des mesures en se fondant sur celui-ci. Je comprends également qu'il peut m'être demandé de fournir un consentement éclairé pour des procédures, traitements ou prestations spécifiques effectués par le prestataire, un médecin ou d'autres prestataires de soins de santé affiliés au prestataire et que ce consentement éclairé inclura, sans s'y limiter, les avantages et les risques associés à une procédure, un traitement ou une prestation spécifique. Un tel consentement éclairé me sera présenté dans un document séparé ou sur un support électronique et fera partie de mon dossier médical.

RESPONSABILITÉ FINANCIÈRE D'UNE PERSONNE AUTRE QUE LE PATIENT OU DE SON REPRÉSENTANT LÉGAL

Je m'engage à accepter la responsabilité financière des prestations fournies au patient et à accepter sans réserves les modalités de l'accord financier et de la cession des prestations énoncées ci-dessus.

CERTIFICATION DU PATIENT

J'ai lu, j'ai compris et j'accepte pleinement chacune des déclarations ci-dessus et j'ai eu la possibilité de poser des questions concernant ces déclarations. Je signe ci-dessous en tant qu'acte libre et volontaire. Je reconnais également que l'on m'a proposé des informations sur les sujets suivants : Droits et responsabilités des patients, directives anticipées, avis de pratiques de confidentialité et facturation des patients. Je reconnais également que j'ai le droit de recevoir une copie du présent formulaire de consentement général à ma demande.

Signature de la partie responsable : X	Date JJ/MM/AA / /	Heure 00:00 MAT/AP :
--	-----------------------------	--------------------------------

Si autre que le patient, veuillez indiquer la relation : _____
Raison pour laquelle le patient n'est pas en mesure de signer (le cas échéant) : _____

Signature du représentant de l'hôpital : X	Date JJ/MM/AA / /	Heure 00:00 MAT/AP :
--	-----------------------------	--------------------------------





*Ce formulaire d'inscription sera utilisé à titre de référence lors de la consultation vidéo de votre enfant.

Informations générales

Nom de l'élève : _____

Nom Prénom M

Date de naissance de l'élève : _____ Sexe : Masculin Féminin

Prestataire de soins primaires : _____

Numéro de téléphone du prestataire de soins primaires : _____

Nom du parent / tuteur : _____

DDN du parent / tuteur : _____ Relation avec l'élève : _____

E-mail du parent / tuteur : _____

Informations primaires concernant l'élève :

Adresse : _____

Ville : _____ État : _____ CP : _____

Numéro de téléphone principal* : _____ Domicile Portable Bureau

*Nous appellerons ce numéro si une consultation vidéo est nécessaire

Numéro de téléphone secondaire : _____ Domicile Portable Bureau

Informations concernant le paiement / l'assurance :

Veuillez noter que la consultation ne sera facturée que lorsque la consultation vidéo sera terminée avec succès. Si ces informations changent sans notification ou sont incorrectes, une facture pourra être envoyée à l'adresse ci-dessus.

Numéro Medicaid : _____

Régime Medicaid : _____

Régime d'assurance privé : _____

Numéro de la police : _____

Nom de la personne avec laquelle l'élève est assuré : _____

Relation : _____ DDN : _____

Pas d'assurance

Veuillez noter que la consultation vidéo sera facturée au parent / tuteur mentionné ci-dessus

Veuillez énumérer les :

Allergies connues	Médicaments actuels	Procédures ou événements médicaux majeurs
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.

En soumettant ce formulaire, je reconnais que les informations concernant mon enfant peuvent être saisies dans le dossier médical électronique de l'hôpital pour enfants.

Signature du parent/tuteur : X	Date JJ/MM/AA / /	Heure 00:00 MAT/AP :
--	----------------------	-------------------------



AVIS SUR LES PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE POUR LES INFORMATIONS DE SANTÉ PROTÉGÉES
LE PRÉSENT AVIS DÉCRIT COMMENT LES INFORMATIONS MÉDICALES VOUS CONCERNANT PEUVENT ÊTRE UTILISÉES ET DIVULGUÉES ET COMMENT VOUS POUVEZ AVOIR ACCÈS À CES INFORMATIONS. VEUILLEZ L'EXAMINER ATTENTIVEMENT.

Cet avis sur les pratiques en matière de protection de la vie privée ("avis") vous est fourni en tant qu'exigence de la loi sur la portabilité et la responsabilité en assurance santé (Health Insurance Portability and Accountability Act ; "HIPAA"). Nous sommes tenus par la loi de respecter les conditions du présent avis et de préserver la confidentialité et la sécurité de vos informations de santé protégées. Nous vous informerons rapidement en cas de violation qui aurait pu compromettre la confidentialité ou la sécurité de vos informations.

La loi nous oblige à veiller à ce que les informations médicales qui vous identifient restent confidentielles. Elle nous oblige également à vous donner le présent avis relatif à nos obligations légales et à nos pratiques en matière de protection de la vie privée afin de vous informer de ce que nous faisons des informations médicales vous concernant. Afin de mieux comprendre cette loi, vous souhaitez peut-être la lire. Il s'agit de 45 CFR partie 164.

Nous nous réservons le droit de modifier les termes du présent avis à tout moment et de rendre le nouvel avis applicable à toutes les informations de santé protégées que nous conservons. Le nouvel avis sera disponible, sur demande, dans nos locaux et sur notre site web.

QUI SUIVRA LE PRÉSENT AVIS

LCMC Health est un système de santé qui fonctionne comme une organisation de soins de santé (Organized Health Care Arrangement ("OHCA")). Le présent avis décrit les pratiques de confidentialité de LCMC Health et de ses entités et établissements affiliés. Les entités LCMC Health (chacune, un « établissement ») comprennent, mais sans s'y limiter : Children's Hospital, West Infirmary, University Medical Center New Orleans, New Orleans East Hospital, West Jefferson Medical Center et LCMC Health Anesthesia Corp., et les filiales et sociétés affiliées de chaque établissement, ainsi que toutes les cliniques, établissements et autres sites de prestations de services associés.

Toutes les entités et établissements de santé de LCMC participent à l'OHCA et respectent ce même avis. Toutes les entités et établissements participant à l'OHCA peuvent partager vos informations médicales les uns avec les autres pour le traitement, le paiement ou la fourniture de soins de santé liés à l'OHCA et comme le permet la loi applicable. Cette liste peut ne pas refléter les acquisitions ou ventes récentes d'entités, de sites ou d'emplacements. Le présent avis s'applique également à tous les employés, bénévoles, étudiants et prestataires de soins de santé de tout établissement ou entité affiliée à LCMC Health.

NOS UTILISATIONS ET DIVULGATIONS

Nous utilisons ou divulguons généralement vos informations médicales de la manière suivante. Ces descriptions ne répertorient pas toutes les utilisations ou divulgations autorisées dans chaque catégorie.

Afin de vous fournir des soins aux patients. Vos informations médicales peuvent être utilisées ou partagées par les médecins, les infirmières, les techniciens, les résidents, les étudiants en médecine ou tout autre personnel qui s'occupe de vous. Différents services de l'hôpital, ainsi que les différentes entités, peuvent également partager le médical, une formation à votre sujet afin de coordonner les différentes choses dont vous pourriez avoir besoin, telles que les ordonnances, le travail de laboratoire, les radiographies et les soins de suivi. Nous pouvons divulguer des informations médicales vous concernant à des personnes et entités extérieures à l'hôpital qui pourraient être impliquées dans vos soins médicaux en cours. Par exemple, un médecin qui vous soigne pour une blessure peut demander à un autre médecin l'état de votre santé en général.

Pour obtenir un paiement. Vos informations médicales peuvent être utilisées ou partagées pour préparer votre facture, recevoir et traiter les paiements de votre part, ainsi que de toute compagnie d'assurance, programme gouvernemental (Medicare, Medicaid, Worker's Comp., etc.), ou de toute autre personne qui est responsable du paiement. Par exemple, nous donnons des informations vous concernant à votre régime d'assurance médicale afin qu'il paie vos prestations.

Pour nos activités de soins de santé. Vos informations médicales peuvent être utilisées ou partagées pour gérer notre organisation, vérifier la qualité et la pertinence des soins que vous recevez et vous contacter si nécessaire. Par exemple, nous utilisons vos informations médicales pour gérer votre traitement et vos prestations. Nous pouvons également utiliser ou partager vos informations de santé pour effectuer des opérations de soins de santé au nom de l'organisation des soins de santé décrite ci-dessus.

Pour créer des bases de données anonymisées. Nous pouvons utiliser vos informations médicales pour créer des informations « anonymisées » conformément à la loi applicable. Après avoir supprimé des informations indiquant qui vous êtes, vos informations médicales limitées anonymisées peuvent être enregistrées dans un programme informatique qui peut être utilisé à des fins de recherche. Si vos informations sont partiellement anonymisées, elles sont appelées « ensembles de données limitées » et elles peuvent être utilisées à des fins de recherche similaires conformément aux lois et réglementations applicables.

AUTRES MANIÈRES D'UTILISATION OU DE DIVULGATION DE VOS INFORMATIONS

En plus d'utiliser ou de partager vos informations médicales pour nos propres activités de traitement, de paiement et de soins de santé comme décrit ci-dessus, nous pouvons utiliser ou partager vos informations comme suit :

Comme l'exige la loi. Nous divulguons des informations sur votre santé si nous sommes tenus de le faire par la loi fédérale ou de l'État.

Les personnes à qui vous nous demandez de les donner. Si vous nous dites que vous souhaitez que nous communiquions vos informations médicales à quelqu'un, nous le ferons. Vous devez remplir un formulaire d'autorisation qui nous autorise à divulguer vos informations médicales. Vous pouvez mettre fin à cette autorisation à tout moment. Nous ne sommes pas autorisés à vous forcer à nous donner la permission de divulguer vos informations médicales à qui que ce soit. Nous ne pouvons pas refuser de vous traiter car vous mettez fin à cette autorisation.

Échanges d'informations médicales. LCMC Health participe aux échanges d'informations médicales (HIE), qui sont des systèmes électroniques grâce auxquels LCMC Health et d'autres prestataires de soins de santé participants peuvent partager les informations des patients conformément aux normes reconnues au niveau national et conformément aux lois fédérales et des États qui protègent votre vie privée. Par le biais des HIE, vos prestataires de santé LCMC pourront accéder aux dossiers nécessaires à votre traitement conservés à l'extérieur de LCMC, sauf si vous choisissez de ne pas divulguer vos informations aux HIE en refusant de participer. Si vous choisissez de vous désinscrire des HIE, LCMC continuera à utiliser vos informations médicales conformément au présent avis sur les pratiques en matière de vie privée et à la loi, mais ne mettra pas vos informations à la disposition d'autres personnes via les HIE. Pour vous désinscrire des HIE, veuillez contacter le service de gestion des informations médicales de LCMC par téléphone au (504) 894-7361 ou par e-mail à HIMDataIntegrityDepartment@lcmchealth.org afin de remplir le

formulaire de désinscription. Si vous choisissez de vous désinscrire des échanges, vos informations seront exclues de tous les échanges auxquels LCMC participe.

Activités de collecte de fonds. Nous, ou nos fondations institutionnelles, pouvons utiliser ou divulguer vos informations afin de vous contacter pour des activités de collecte de fonds. Si vous ne souhaitez pas être contacté(e) pour les efforts de collecte de fonds, vous avez le droit de vous désinscrire de ces communications. Pour vous désinscrire d'une liste de collecte de fonds, veuillez contacter le service de conformité de la santé de LCMC au (504) 896-3030 ou par e-mail à compliance@lcmchealth.org.

Partenaires commerciaux. Les partenaires commerciaux sont des entreprises ou des personnes avec lesquelles nous concluons un contrat afin qu'elles effectuent certains travaux pour nous. Il peut s'agir, par exemple, de fournir des informations à un service de photocopie auquel nous faisons appel lorsque nous faisons des copies de votre dossier médical, ou à un auditeur qui peut examiner les factures de l'hôpital afin de vérifier les procédures de facturation appropriées. Afin de protéger vos informations médicales, nous exigeons que le partenaire commercial protège correctement vos informations.

Destinataires d'un ensemble de données limitées. Si nous utilisons vos informations pour créer un ensemble de données limitées, nous pouvons donner l'ensemble de données limitées qui comprend vos informations à des tiers à des fins de recherche, d'action de santé publique ou d'activités de soins de santé. Les personnes qui reçoivent « l'ensemble de données limitées » sont tenues d'accepter de prendre des mesures raisonnables afin de protéger la confidentialité de vos informations médicales.

Le Secrétaire du Département américain de la santé et des services sociaux. Le Secrétaire ou son représentant a le droit de voir vos informations afin de s'assurer que nous respectons la loi.

Autorités responsables de la santé publique. Nous pouvons divulguer vos informations médicales à une autorité responsable de la santé publique chargée de prévenir ou de contrôler les maladies, de maintenir les statistiques de l'état civil ou d'autres fonctions de santé publique. Nous pouvons également divulguer vos informations médicales à la Food and Drug Administration (Agence américaine des produits alimentaires et médicamenteux) en relation avec les produits réglementés par la FDA.

Activités de surveillance de la santé. Nous pouvons communiquer vos informations médicales aux organismes chargés des activités de surveillance de la santé, telles que les enquêtes et les audits du système de soins de santé ou les programmes de prestations, dans la mesure où la loi le permet.

Santé publique et sécurité. Nous pouvons partager des informations vous concernant dans certaines situations, telles que la prévention de maladies, l'aide aux rappels de produits, les rapports sur les réactions indésirables aux médicaments, signalement d'abus soupçonnés, de négligence ou de violence domestique, ou prévention ou réduction d'une menace grave pour la santé ou la sécurité de quiconque.

Indemnisation des accidentés du travail. Nous pouvons utiliser ou partager des informations médicales vous concernant pour les demandes d'indemnisation des accidentés du travail.

Agents d'application de la loi. Nous pouvons partager vos informations médicales en réponse à certaines demandes d'application de la loi, notamment :

- en réponse à une ordonnance du tribunal, une assignation à comparaître, un mandat, une assignation ou un processus similaire ;
- pour aider à identifier ou à localiser un suspect, un fugitif, un témoin matériel ou une personne disparue ;
- en réponse à des demandes de renseignements concernant la victime d'un crime si, dans certaines circonstances, nous ne sommes pas en mesure d'obtenir l'accord de la personne ;
- en réponse à des demandes de renseignements concernant un décès qui, selon nous, pourrait être le résultat d'une conduite criminelle ;
- en réponse à des demandes de renseignements concernant des actes criminels dans un établissement ; et
- dans les situations d'urgence, pour signaler un crime, le lieu du crime ou des victimes, ou l'identité, la description ou la localisation de la personne qui a commis le crime.

Tribunaux et agences administratives. Nous pouvons partager des informations médicales vous concernant en réponse à une décision judiciaire ou administrative, ou en réponse à une assignation à comparaître.

Coroners. Nous pouvons partager des informations médicales sur des personnes décédées à des coroners, des médecins légistes ou des directeurs de funérailles, dans la mesure permise par la loi.

Services de transplantation d'organes. Nous pouvons partager vos informations médicales avec des organisations de prélèvement d'organes.

Recherche. Nous pouvons utiliser ou partager vos informations médicales dans le cadre de certaines activités de recherche après avoir suivi un processus d'approbation spécifique pour cette recherche.

Établissements correctionnels. Nous pouvons partager des informations médicales vous concernant avec un établissement correctionnel ou un responsable de l'application des lois si vous êtes un détenu d'un établissement correctionnel ou sous la garde d'un responsable de l'application des lois. Cette libération serait nécessaire pour : (1) que l'établissement fournisse des soins de santé ; (2) protéger votre santé et votre sécurité ou la santé et la sécurité d'autrui ; ou (3) pour la sûreté et la sécurité de l'établissement correctionnel.

Divulgations accidentelles. Vos informations peuvent être utilisées ou divulguées de manière accidentelle dans le cadre d'une utilisation ou d'une divulgation autorisée. Un exemple de divulgation accidentelle est d'appeler votre nom dans une zone d'attente pour un rendez-vous où d'autres personnes dans la zone d'attente peuvent entendre votre nom. Nous ferons des efforts raisonnables pour limiter ces utilisations et divulgations accidentelles de vos informations médicales protégées.

Fonctions gouvernementales spécialisées. Nous pouvons partager vos informations médicales pour certaines fonctions gouvernementales spécialisées, dans la mesure permise par la loi. De telles fonctions comprennent :

- Activités militaires et vétérans ;
- Activités de sécurité nationale et de renseignement ;
- Service de protection au président et autres ;
- Déterminations de l'aptitude médicale ;
- Établissements correctionnels ; et
- Autres situations de détention en application de la loi.

Catégories d'informations spécifiques. Dans certaines circonstances, vos informations médicales peuvent être restreintes d'une manière qui limite certaines des utilisations et divulgations décrites dans le présent avis. Par exemple, il existe des restrictions spécifiques à l'utilisation ou à la divulgation de certaines catégories d'informations, telles que les tests de dépistage du VIH, le traitement des problèmes de santé mentale ou les informations sur les traitements liés à l'alcool ou aux drogues.

OBJECTIONS AUX UTILISATIONS ET AUX LIBÉRATIONS/DIVULGATIONS

Dans certaines situations, vous avez le droit de vous opposer avant que vos informations médicales puissent être utilisées ou divulguées. Cela peut ne pas s'appliquer si vous êtes traité(e) pour certains problèmes mentaux ou comportementaux. Si vous ne vous y opposez pas après avoir eu la possibilité de le faire, vos informations médicales peuvent être utilisées de la manière suivante :

Répertoire des patients. Votre nom, le numéro de votre chambre et des informations générales sur votre état de santé peuvent être communiqués aux personnes qui vous demandent par votre nom. Par ailleurs, des informations sur votre religion peuvent être données aux membres du clergé, même s'ils ne vous demandent pas par votre nom.

Famille et amis. Nous pouvons communiquer aux membres de votre famille, à d'autres parents et à vos amis proches toute information médicale dont ils ont besoin afin de savoir s'ils participent à vos soins. Par exemple, nous pouvons dire à quelqu'un qui vous assiste dans vos soins que vous devez prendre vos médicaments ou faire renouveler une ordonnance, ou lui donner des informations sur la manière de vous soigner. Nous pouvons également utiliser vos informations médicales afin de trouver un membre de votre famille, un représentant personnel ou une autre personne responsable de vos soins et afin de les informer de votre situation, de votre état ou de votre décès. S'il s'agit d'une urgence ou si vous n'êtes pas en mesure de communiquer, nous pouvons tout de même donner certaines informations à une personne qui peut vous soigner.

Aide humanitaire. Nous pouvons partager vos informations médicales avec un organisme public ou privé de secours en cas de catastrophe ou d'urgence.

AUTRES UTILISATIONS DE VOS INFORMATIONS MÉDICALES

Les autres utilisations et divulgations de vos informations médicales non couvertes par le présent avis, ou requises par la loi, ne seront effectuées qu'avec votre autorisation écrite. Dans les cas suivants, nous ne partagerons jamais vos informations, sauf si vous nous en donnez l'autorisation écrite : (1) à des fins de marketing, (2) la vente de vos informations, et (3) la plupart des partages de notes de psychothérapie. Si vous nous autorisez à utiliser ou à divulguer ces informations médicales vous concernant, vous pouvez révoquer cette autorisation, par écrit, à tout moment. Si vous révoquez votre autorisation, cela mettra fin à toute autre utilisation ou divulgation de ces informations médicales aux fins couvertes par votre autorisation écrite, sauf si nous avons déjà agi en nous fiant à votre autorisation.

VOS DROITS CONCERNANT VOS INFORMATIONS MÉDICALES

Vous avez également les droits suivants concernant vos informations médicales :

Droit d'obtenir une copie électronique ou papier de votre dossier médical. Vous pouvez demander à consulter ou à obtenir une copie électronique ou papier de votre dossier médical que nous avons vous concernant. Toutes les demandes doivent être faites par écrit. Demandez-nous comment procéder. Nous vous fournirons une copie ou un résumé de vos informations médicales, généralement dans les 30 jours suivant votre demande. Nous pouvons facturer des frais raisonnables et basés sur les coûts.

Droit de demander des restrictions. Vous pouvez nous demander de ne pas utiliser ou partager certaines informations médicales pour le traitement, le paiement ou dans le cadre de nos activités. Nous ne sommes pas tenus d'accepter votre demande, et nous pouvons dire « non » si elle aurait une incidence sur vos soins. Si vous payez intégralement un service ou un article de soins de santé, vous pouvez nous demander de ne pas partager cette information aux fins de paiement ou lors de nos interactions avec votre caisse maladie. Nous dirons « oui » à une telle demande, sauf si une loi nous oblige à partager ces informations.

Droit de demander que les communications soient confidentielles. Vous avez le droit de nous demander de vous contacter de manière spécifique (par exemple, téléphone personnel ou professionnel) ou d'envoyer un courrier à une autre adresse. Nous dirons « oui » à toutes les demandes raisonnables. Demandez-nous comment procéder.

Droit de modification. Si vous pensez que les informations médicales que nous avons vous concernant sont incorrectes ou incomplètes, vous pouvez nous demander de les modifier. Demandez-nous comment procéder. Nous pouvons dire « non » à votre demande, mais nous vous expliquerons pourquoi par écrit dans les 60 jours.

Droit à une comptabilité des sorties / divulgations. Vous pouvez demander une liste (comptable) du nombre de fois où nous avons partagé vos informations médicales, avec qui nous les avons partagées et pourquoi, pour les six ans précédant la date à laquelle vous avez fait votre demande.

Nous incluons toutes les divulgations à l'exception de celles concernant le traitement, le paiement et les activités concernant les soins de santé, ainsi que certaines autres informations (telles que celles que vous nous avez demandé de faire). Nous fournirons une comptabilité par an gratuitement mais nous facturerons des frais raisonnables et basés sur les coûts si vous en demandez une autre dans les 12 mois.

Droit de recevoir une copie papier du présent avis. Vous pouvez demander une copie papier du présent avis à tout moment, même si vous avez accepté de recevoir l'avis par voie électronique. Nous vous fournirons rapidement une copie papier. Pour obtenir une copie papier du présent avis, contactez le service de conformité en matière de santé de LCMC ou prenez-en une dans la zone d'accès des patients - Inscription dans l'un de nos établissements.

Droit de déposer une plainte. Vous avez le droit de déposer une plainte auprès de nous ou du bureau des droits civils du ministère américain de la santé et des services sociaux si vous pensez que nous avons violé votre droit à la vie privée. Pour porter plainte contre nous, veuillez contacter le service de conformité en matière de santé de LCMC au numéro de téléphone indiqué ci-dessous, ou par écrit à l'adresse suivante :

Directeur de la conformité
LCMC Health
200 Henry Clay Avenue
New Orleans, LA 70118
(504) 896-3030

Vous ne serez pas pénalisé(e) ou ne subirez aucune autre forme de représailles pour avoir déposé une plainte.

Droit de choisir quelqu'un pour agir à votre place. Si vous avez donné une procuration médicale ou si quelqu'un est votre tuteur légal, cette personne peut exercer vos droits et faire des choix au sujet de vos informations médicales. Nous nous assurons que cette personne dispose de cette autorité et qu'elle peut agir en votre nom avant de prendre des mesures.

Cet avis entre en vigueur le 1er juillet 20.