



Demande d'accès aux données médicales

Patient Name: _____

DOB: ____/____/____

Medical Record Number: _____

Telephone Number: _____

NYC Health + Hospitals utilisera le présent formulaire pour documenter votre demande d'accès à vos données médicales.

Accès demandé : Copies Inspection sur place

Format demandé : Papier CD E-mail Autre : _____

Méthode de diffusion:

Récupérer / en personne Envoyer un e-mail à l'adresse : _____

Envoyer un courrier à l'adresse : _____

LES INFORMATIONS SUIVANTES SONT REQUISES POUR TOUTES LES DEMANDES

Informations à consulter :

Données médicales (date[s]) _____ Rapports de radiologie (date[s]) _____

Résultats des tests de laboratoire (date[s]) _____ Notes d'évolution (date[s]) _____

Dossiers de facturation (date[s]) : _____ Mon dossier médical complet

Autre (veuillez préciser) : _____

Les informations suivantes ne seront pas divulguées, sauf si vous sélectionnez spécifiquement chaque catégorie applicable ci-dessous :

Informations sur les troubles liés à l'usage de substances Informations sur la santé mentale

Informations sur les tests génétiques Informations relatives au VIH

Je comprends que j'ai le droit d'accéder à mes données médicales sous la forme et dans le format demandés, si elles peuvent être facilement produites sous cette forme et dans ce format, et que si le NYC Health + Hospitals ne peut pas produire facilement ces données médicales sous la forme et dans le format demandés, une copie papier lisible ou toute autre forme et tout format convenus d'un commun accord me sera fourni.

Je comprends que si je demande une copie électronique de mes données médicales, elle me sera fournie, si elle peut être facilement produite sous cette forme et dans ce format, ou sinon, sous une forme électronique lisible et dans un format convenu d'un commun accord.

Je comprends que si je demande une inspection sur place de mes données médicales, le Service de gestion des données médicales compétent est chargé de coordonner cette inspection de manière raisonnable et en temps utile.

Je comprends que si je demande des copies de mes données médicales, il se peut que je doive verser des frais raisonnables en fonction des coûts d'une telle demande et que toute estimation des frais me sera fournie avant que je ne sois facturé. Je comprends également que mon incapacité à payer ne peut pas être utilisée comme seule raison pour rejeter une demande d'accès à mes données médicales.

SIGNATURE DU PATIENT OU DE SON REPRÉSENTANT PERSONNEL : _____ DATE / HEURE : _____

SI LE PATIENT N'EST PAS LE SIGNATAIRE, NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE, ADRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU REPRÉSENTANT PERSONNEL :

RELATION / POUVOIR D'AGIR AU NOM DU PATIENT :

NAME OF EMPLOYEE PROCESSING REQUEST: _____

EMPLOYEE SIGNATURE: _____ DATE/TIME: _____



Request for Access to Health Information

Patient Name: _____

DOB: ____/____/____

Medical Record Number: _____

Telephone Number: _____

NYC Health + Hospitals will use this form to document your request for access to your health information.

Access Requested: Copies Onsite Inspection

Format Requested: Paper CD Email Other: _____

Method of Release:

Pickup/In Person E-mail to: _____

Mail to: _____

INFORMATION BELOW IS REQUIRED FOR ALL REQUESTS

Information to be Accessed:

Health Information (date(s)) _____ Radiology Reports (date(s)) _____

Laboratory Test Results (date(s)) _____ Progress Notes (date(s)) _____

Billing Records (date(s)): _____ My complete medical record

Other (please specify): _____

The following information will not be released unless you specifically select each applicable type below:

Substance Use Disorder Information Mental Health Information

Genetic Testing Information HIV-Related Information

I understand that I have the right to access my health information in the form and format requested if readily producible in such form and format, and that if NYC Health + Hospitals cannot readily produce such health information in the form and format requested, I will be provided a readable hard copy form or such other form and format as mutually agreed upon.

I understand that if I request an electronic copy of my health information, it will be provided to me if readily producible in such form and format, or if not, in a readable electronic form and format as mutually agreed upon.

I understand that if I request on-site inspection of my health information that the respective Health Information Management Department is responsible for coordinating such inspection in a reasonable and timely fashion.

I understand that if I request copies of my health information, I may be charged a reasonable cost-based fee for such request and that any fee estimates will be provided to me prior to being charged. I also understand that my inability to pay may not be used as the sole reason to deny a request to access my health information.

SIGNATURE OF PATIENT OR PERSONAL REPRESENTATIVE: _____

DATE/TIME: _____

IF NOT PATIENT, PRINT NAME, ADDRESS AND PHONE NUMBER OF PERSONAL REPRESENTATIVE: _____

RELATIONSHIP/AUTHORITY TO ACT ON BEHALF OF PATIENT: _____

NAME OF EMPLOYEE PROCESSING REQUEST: _____

EMPLOYEE SIGNATURE: _____ DATE/TIME: _____