TICHFA AFRICA INC.

Tigawa International Children's Heart Foundation Africa

Chaque enfant mérite un cœur en bonne santé. • www.tichfa.org • info@tichfa.org

AUTORISATION DE DIVULGATION D'INFORMATIONS MÉDICALES

Tigawa International Children's Heart Foundation Africa | info@tichfa.org | www.tichfa.org | Confidentiel

Patient et tuteur

Nom légal complet de l'enfant

Date de naissance

Pays

Numéro / référence du patient (si attribué)

Nom du parent / tuteur légal

Lien de parenté / autorité légale

Téléphone / e-mail

Informations à divulguer

J'autorise le prestataire ou l'organisation suivant(e) à divulguer les informations (nom et adresse) :

Au(x) destinataire(s) suivant(s), avec nom et contact / adresse sécurisée :

Informations sélectionnées (cochez tout ce qui s'applique) :
[ ] Diagnostic et notes cliniques [ ] Échocardiogramme / ECG [ ] Imagerie [ ] Résultats de laboratoire

[ ] Liste des médicaments / allergies [ ] Rapports chirurgicaux et de sortie [ ] Lettres d'orientation [ ] Autre : _____

Période couverte par les dossiers

Exclusions ou restrictions

Objet et méthode

Objet :
[ ] Orientation vers un spécialiste / coordination du traitement [ ] Continuité des soins [ ] Autre : _____

Méthode de transmission :
[ ] Portail sécurisé [ ] Transfert chiffré entre prestataires [ ] Autre méthode sécurisée : _____

Cette autorisation NE permet PAS la publication publique, l'utilisation à des fins de collecte de fonds ni l'utilisation de photographies. Celles-ci nécessitent un consentement distinct.

Vos choix et vos droits

La signature est volontaire. Un refus n'affectera généralement pas le traitement ou l'éligibilité aux services, sauf si un service exige spécifiquement que la divulgation demandée soit effectuée.

Vous pouvez révoquer cette autorisation par écrit à tout moment en contactant TICHFA à info@tichfa.org, sauf si des mesures ont déjà été prises sur la foi de cette autorisation.

Les informations divulguées à un destinataire non couvert par la HIPAA peuvent être rediffusées et peuvent ne plus être protégées par la HIPAA. D'autres lois applicables en matière de protection de la vie privée peuvent néanmoins s'appliquer.

Expiration et signature

Cette autorisation expire le (date)

OU lors de cet événement

Signature du parent / tuteur légal

Date de signature

Nom en lettres capitales

Si signée par un représentant personnel, décrivez l'autorité et joignez la vérification appropriée :

Témoin du personnel TICHFA (facultatif)

Date

Contact : +1 855-441-4555 (sans frais) | +1 603-704-3756 | +1 617-291-6821 | +1 614-571-9333 | +256 701 238 006

Siège social États-Unis : 459 Columbus Ave, New York, NY 10024, États-Unis | Bureau régional Afrique de l'Est : Plot 62 Bombo Road, Kampala, Ouganda

TRADUCTION À FAIRE VÉRIFIER PAR UN RÉVISEUR JURIDIQUE / MÉDICAL FRANCOPHONE QUALIFIÉ AVANT UTILISATION AVEC LES PATIENTS.