HealthInfoNet

Formulaire d'adhésion relatif aux informations sur la santé mentale et le VIH/SIDA

"Opt-in" Form for Mental Health or HIV/AIDS Information

Si vous ne souhaitez pas partager vos informations relatives à la santé mentale ou au VIH/SIDA (et que vous n'avez pas déjà rempli cela avant), **ignorez ce formulaire.** Vous pouvez toujours choisir d'inviter un prestataire à consulter vos informations. Vos autres prestataires ne pourront voir vos informations que si vous avez une urgence médicale.

Si vous souhaitez partager vos informations relatives à la santé mentale ou au VIH/SIDA avec vos prestataires sur HealthInfoNet, veuillez cocher l'une de ces cases ou les deux.

☐ Je veux partager mes informations relatives à la santé mentale avec mes prestataires.
I want to share my mental health information with my providers.

☐ Je veux partager mes informations relatives au VIH/SIDA avec mes prestataires.
I want to share my HIV/AIDS information with my providers.

Si vous avez accepté de partager ces informations par le passé, vous pouvez changer d'avis. Pour arrêter de les partager avec vos prestataires sur HealthInfoNet, sauf en cas d'urgence, veuillez cocher l'une des cases ci-dessous ou les deux.

☐ Je ne veux pas partager mes informations relatives à la santé mentale avec mes prestataires.
I DO NOT want to share my mental health information with my providers.

☐ Je ne veux pas partager mes informations relatives au VIH/SIDA avec mes prestataires.
I DO NOT want to share my HIV/ AIDS information with my providers.

Si vous souhaitez enlever TOUTES vos informations médicales de HealthInfoNet, même pour les situations d'urgence, veuillez remplir un formulaire de retrait disponible à la page www.hinfonet.org/optout ou auprès de votre prestataire.

Prénom *(First Name)* _____ Deuxième prénom *(Middle Name)* _____ Nom de famille *(Last Name)* _____

Adresse *(Address)* _____ Ville *(City)* _____ État *(State)* _____ Code postal *(Zip Code)* _____

Sexe : ☐ Homme *(Male)* ☐ Femme *(Female)*

Date de naissance : __ __ /__ __ /__ __ __ __ *(Date of Birth)* mois / jour / année

__ __ __ – __ __ – __ __ __ __
Numéro de sécurité sociale (non obligatoire)
(Social Security Number – not required)

Téléphone où vous joindre en journée *(Daytime Telephone)* _____

E-mail *(Email)* _____

Signature du patient ou du tuteur *(Signature of Patient or Guardian)* _____

Date __ __ /__ __ / 20 __ __
mois / jour / année

To be signed by Healthcare Provider, Notary Public, or HealthInfoNet Staff
(A faire signer par un prestataire de santé, un notaire public ou un fonctionnaire de HealthInfoNet)

On _____/____/20___, I attest that the above signer is personally known to me or established his/her identity by presenting government-issued photo identification.

Signature	**Print Full Name**	**Employer/Organization**
_____	_____	_____

Veuillez demander à un prestataire de santé ou à un notaire public de signer dans l'encadré ci-dessus et présentez-lui une pièce d'identité avec photo émise par le gouvernement. **Une fois signé, veuillez nous envoyer ce formulaire à l'adresse HealthInfoNet, 125 Presumpscot Street, Box 8, Portland, ME 04103, États-Unis ou l'envoyer par fax au numéro (fax) +1 207-541-9258.**
Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide pour faire signer ce formulaire, appelez-nous au 1-866-592-4352 ou envoyez-nous un e-mail à l'adresse info@hinfonet.org.