

**Inspired Mind Counseling**  
**Madeleine Burkhart, LMFT**  
**954, Risa Road**  
**Lafayette, California 94549**  
**925-528-1363**

Merci de m'avoir choisi comme votre psychothérapeute. Le but de cette lettre est de vous informer de mes références et d'expliquer notre relation professionnelle. N'hésitez pas à poser des questions chaque fois que vous souhaitez obtenir des éclaircissements sur le processus de thérapie.

Je suis un psychothérapeute conjugal et familial agréé désigné par le California Board of Behavioral Sciences, le conseil qui supervise et délivre des licences aux thérapeutes qui ont satisfait les normes exigeantes du conseil en matière d'éducation, de connaissances, et d'expérience. Je suis titulaire d'une maîtrise (M.S.) en éducation en Counseling: Couples, Mariage et Famille de Portland State University. Les principaux cours comprenaient la croissance et le développement humains en mettant l'accent sur les systèmes familiaux. Ce programme d'études supérieures est accrédité par le Council on Accreditation of Counseling and Related Educational Programs.

Chaque personne possède la capacité innée de guérir et de trouver le chemin unique et approprié vers la santé mentale, le bonheur, et la plénitude. Parfois, la découverte de cette capacité peut ne prendre que quelques séances, tandis qu'à d'autres moments, cela peut nécessiter des conseils à plus long terme. Je parle couramment l'anglais, le français et l'espagnol.

Bien que je ne puisse garantir aucun résultat spécifique de nos séances de conseil, je m'engage à rendre mes services de manière professionnelle. En tant que thérapeute conjugale et familiale agréée par le California Board of Behavioral Sciences, je respecte son code d'éthique. Ils sont situés au 1625 North Market Blvd., Suite S200, Sacramento, CA 95834, téléphone (916) 574-7830. En tant que client, vous avez le droit :

- 1) S'attendre à ce qu'un thérapeute agréé ait satisfait aux qualifications minimales de formation et d'expérience requises par la loi de l'État;
- 2) Examiner les dossiers publics tenus par la Commission et demander à la Commission de confirmer les titres de compétences d'un thérapeute agréé;
- 3) Obtenir une copie du Code de déontologie;
- 4) Signaler les plaintes à la Commission;
- 5) Être informé du coût des services professionnels avant de recevoir les services;
- 6) Être assuré de la vie privée et de la confidentialité lors de la réception de services tels que définis par la règle et la loi, à l'**exception des exceptions** suivantes :
  - a. Signaler les cas présumés de maltraitance d'enfants;
  - b. Signaler un danger imminent à vous-même ou à d'autres;
  - c. Déclarer les informations requises dans les procédures judiciaires ou par votre compagnie d'assurance, ou d'autres agences compétentes;
  - d. Fournir de l'information concernant la consultation ou la supervision de cas de thérapeute agréé;
  - e. Défendre les réclamations que vous déposez contre votre thérapeute agréé.
- 7) Ne pas faire l'objet d'une discrimination fondée sur la race, la religion, le sexe ou toute autre catégorie illégale lors de la réception de services.

Les frais pour mes services sont \$220 par séance de 50 minutes payable au début de chaque séance par Ivy Pay, une méthode de paiement sûr qui conforme à HIPAA. Si vous devez annuler ou reporter votre rendez-vous, veuillez m'informer par e-mail, par message, ou par SMS **au moins 48 heures** à l'avance, sinon les frais de la séance vous seront facturés. Les services de conseils sont soumis à des augmentations annuelles à la discrétion d'IMC.

Si vous avez besoin d'aide en dehors de nos séances, veuillez m'appeler pour planifier d'autres rendez-vous en personne, en télésanté ou par téléphone. Je vous rappellerai dès que possible pendant les heures d'ouverture lundi à vendredi. Si vous avez besoin d'aide d'urgence ou si vous vivez une crise de santé mentale, veuillez composer le 911 ou demander de l'aide à la salle d'urgence de votre hôpital local. Alternativement, vous pouvez appeler la **ligne d'urgence de Contra Costa à tout moment 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 au 800-833-2900.**

Nom du client et signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Formulaire d'information sur le client

Date : \_\_\_\_\_

Nom (premier, milieu, dernier) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Téléphone personnel : \_\_\_\_\_ Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_

Permission de laisser un message ? O/N Permission de laisser un message? O/N

Email : \_\_\_\_\_ Autorisation d'envoyer un message O/N

Profession : \_\_\_\_\_

Statut de relation: Partenaire \_\_\_\_ domestique \_\_\_\_ célibataire \_\_\_\_ marié ' \_\_\_\_ divorcé \_\_\_\_ Veuf \_\_\_\_ séparé \_\_\_\_

Nom de Conjoint/Partenaire : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Enfants (nom et âge) : \_\_\_\_\_

Autres membres de votre famille (nom, âge et relation) : \_\_\_\_\_

Personne-ressource en cas d'urgence : \_\_\_\_\_ Relation : \_\_\_\_\_

Qui puis-je remercier de vous avoir référé à ma pratique? \_\_\_\_\_

### **Histoire personnelle**

Quelle est votre race/ethnicité : \_\_\_\_\_

Affiliation religieuse ou spirituelle : \_\_\_\_\_

Quelle est votre éducation? \_\_\_\_\_

Êtes-vous à l'école maintenant? **Y / N** Si oui, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà été dans l'armée? **Y / N** Si oui, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

Vous déjà été arrêté ? **Y / N** Si oui, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

Quelqu'un a-t-il exprimé des inquiétudes quant à votre violence? **Y / N** Si oui, veuillez expliquer :  
\_\_\_\_\_

Craignez-vous que quelqu'un soit violent envers vous? **Y / N** Si oui, veuillez expliquer :  
\_\_\_\_\_

**Histoire familiale**

Décrivez brièvement votre enfance :

---

---

---

Avez-vous frères et sœurs (noms, âges, ordre de naissance) : \_\_\_\_\_

Quelle est votre relation avec votre famille maintenant?

---

---

Veillez énumérer tous les membres de votre famille qui pourraient souffrir de problèmes de santé mentale et/ou de toxicomanie : \_\_\_\_\_

**Antécédents médicaux**

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Veillez énumérer tous les problèmes médicaux pour lesquels vous êtes actuellement traité :

---

---

Veillez énumérer tous les médicaments prescrits ou en vente libre que vous prenez actuellement :

---

---

Veillez décrire la consommation d'alcool et de drogues (fréquence et quantités) :

---

Veillez énumérer tous les antécédents familiaux de problèmes de santé que vous connaissez :

---

---

S'il y a lieu, parlez-moi de vous ou des antécédents de grossesse de votre partenaire (nombre de grossesses, d'enfants, de fausses couches, de problèmes d'infertilité) : \_\_\_\_\_

## Symptômes

Symptom	Past	Present	N/A	Symptom	Past	Present	N/A
Depressed Mood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulty concentrating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Low Energy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyperactivity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eating Problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nightmares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mood Swings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flashbacks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anger/Aggression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paranoia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritability	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hallucinations/Delusions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hopelessness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relationship problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Worthlessness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Work or school problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guilt and/or Shame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Financial Difficulties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sleep problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Substance abuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thoughts of Suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Learning disability	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suicide Attempts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Developmental disability	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Self-harming behaviors	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Family/Parenting Problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiety/Fears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Panic Attacks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez décrire tout antécédent de tentatives de suicide ou de comportements d'automutilation :

---



---

Veuillez décrire les antécédents d'hospitalisation psychiatrique :

---



---

Veuillez décrire tout problème passé ou actuel de toxicomanie :

---



---

Veuillez décrire tout problème de jeu passé ou actuel : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà été maltraité physiquement, sexuellement, ou émotionnellement? **Y / N** Si oui, veuillez expliquer:

---



---

Veuillez énumérer tout autre traumatisme important que vous avez vécu et qui, selon vous, pourrait avoir un impact sur votre fonctionnement aujourd'hui :

---



---

## Mode de vie

Combien d'heures par semaine passez-vous au travail/à l'école? \_\_\_\_\_

Qu'aimez-vous le plus faire dans votre vie actuelle? \_\_\_\_\_

Veillez décrire vos habitudes d'exercice : \_\_\_\_\_

A qui pourriez-vous demander de l'aide/soutien? \_\_\_\_\_

Quels domaines de votre vie sont touchés par les problèmes pour lesquels vous demandez des conseils?

- |                                   |  |  |                                       |
|-----------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Work     | <input type="checkbox"/> Marriage/Relationship | <input type="checkbox"/> Family          | <input type="checkbox"/> Friendships  |
| <input type="checkbox"/> Finances | <input type="checkbox"/> General Mood          | <input type="checkbox"/> Sleep           | <input type="checkbox"/> Relaxation   |
| <input type="checkbox"/> School   | <input type="checkbox"/> Joy/Enjoyment         | <input type="checkbox"/> Physical Health | <input type="checkbox"/> Spirituality |

## Thérapie

Qu'est-ce qui vous a amené à demander conseil à ce moment-là?

---

---

---

Qu'espérez-vous gagner du psychothérapie?

---

---

Avez-vous cherché des conseils dans le passé? **Y / N**

Si oui, veuillez expliquer qui vous avez vu et si cela a été utile ou non :

---

---

Y a-t-il autre chose que vous aimeriez que je sache?

---

---

---

Merci

## Responsabilité financière

Je comprends que Inspired Mind Counseling (**IMC**) n'est pas en contrat avec une assurance médicale et que c'est ma responsabilité de payer IMC pour les services rendus et pour les annulations tardives ou sessions manquées'. Je comprends que je pourrais demander à IMC de m'envoyer les recus et documentation des psychothérapies pour ensuite demander moi-même éventuellement les remboursements de mon assurance médicale. J'accepte pleinement qu'il est ma responsabilité de vérifier tous les avantages et la couverture de l'assurance. S'il ya lieu, j'autorise IMC en tant qu'agent pour m'aider à obtenir un paiement de mon EAP / fournisseur d'assurance maladie. Cette autorisation comprend la divulgation de toute information médicale ou autre nécessaire au traitement de ces demandes et le paiement à effectuer directement à **IMC**. Je permettrai également qu'une copie de cette autorisation soit utilisée à la place de cet original. **En fin de compte, je suis seul responsable du paiement à IMC pour les services rendus et pour tout rendez-vous manqué ou annulation tardive.**

Les conséquences suivantes peuvent survenir si je refuse de signer cette autorisation : (1) Si l'autorisation doit démontrer à un régime de soins de santé qu'un service doit être payé, le régime de soins de santé peut refuser de le payer; et (2) Si l'autorisation est demandée par un assureur parce que je cherche à m'inscrire ou à être admissible, l'assureur peut me refuser la couverture que je demande. Je comprends qu'un régime de soins de santé ne peut pas refuser le paiement ou les prestations si je refuse d'autoriser la divulgation de certaines notes de psychothérapie.

Nom et signature du client: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### Renseignements sur le Programme d'aide aux employés (EAP) (s'il y a lieu) :

Nom du EAP :	
Adresse:	
Preneur d'assurance du EAP:	Date de naissance :
Employeur:	
Numéro d'autorisation (le cas échéant) :	
Nombre de sessions couvertes :	
Nombre d'annulations manquées ou tardives couvertes :	

## **Autorisation d'utiliser et de divulguer des renseignements médicaux protégés**

Cette autorisation doit être écrite, datée et signée par le consommateur ou par une personne autorisée par la loi.

Nom du client : \_\_\_\_\_

Adresse municipale : \_\_\_\_\_ City : \_\_\_\_\_

J'autorise **Inspired Mind Counseling (IMC)** à : Divulguer des informations uniquement  Recevoir des informations uniquement

Les deux libèrent et reçoivent des informations

Vers/dépuis ce qui suit :

\_\_\_\_\_  
(Personne/Agence) (Adresse) (Téléphone/Fax)

Aux fins de:

Évaluation et diagnostic

Coordination des soins (plan de traitement, médicaments, consultation, continuité des soins)

Autre : \_\_\_\_\_

En initialisant ci-dessous, j'autorise spécifiquement la libération / la réception des dossiers médicaux / de santé mentale suivants:

\_\_\_\_\_ Santé mentale et/ou Information \_\_\_\_\_ Alcool médicaments et renseignements sur les médicaments

\_\_\_\_\_ HIV/SIDA

\_\_\_\_\_ Other information \_\_\_\_\_

Toute information spécifique que vous **ne** voulez PAS divulguer comprend: \_\_\_\_\_

La loi fédérale ou étatique peut exiger que les informations sur le VIH/sida, la santé mentale et les drogues/alcools ne soient pas divulguées à nouveau. Il est toutefois possible que la personne ou l'organisation qui reçoit les renseignements les divulgue à nouveau. Les informations partagées seront la quantité minimale nécessaire pour atteindre l'objectif de cette autorisation. Je comprends que ces informations peuvent être partagées par téléphone, fax, courrier, e-mail, sous forme écrite ou en personne. Cette autorisation n'est pas requise. Le refus de signer cela n'affectera généralement pas votre capacité à accéder aux services de santé. Je comprends que les informations divulguées peuvent être protégées par les réglementations de confidentialité étatiques et fédérales (42 CFR, partie 2) et ne peuvent pas être divulguées à nouveau sans mon consentement écrit, sauf disposition contraire dans la réglementation. Je **comprends qu'IMC** ne peut garantir que le destinataire de ces renseignements ne divulguera pas à nouveau mes renseignements sur la santé à une autre partie.

Je comprends que je peux révoquer cette autorisation par écrit ou verbalement à tout moment. Si je révoque mon autorisation, les informations décrites ci-dessus ne peuvent plus être utilisées ou divulguées aux fins décrites sur ce formulaire. Si **IMC** a déjà utilisé ou divulgué des renseignements en raison de cette autorisation, cela ne peut pas être annulé.

À moins d'être révoquée, cette autorisation restera en vigueur pendant la durée de mon traitement par **IMC** ou jusqu'à cette date : \_\_\_\_\_

**J'ai lu cette autorisation et je la comprends.**

\_\_\_\_\_  
Nom et signature du Client

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Madeleine Burkhart, LMFT/ Inspired Mind Counseling

\_\_\_\_\_  
Date

## ***Inspired Mind Counseling***

### **HIPAA : Avis de pratiques de confidentialité. Vos informations. Vos droits. Nos responsabilités.**

Cet avis décrit comment les renseignements médicaux vous concernant peuvent être utilisés et divulgués et comment vous pouvez avoir accès à ces renseignements. Veuillez l'examiner attentivement. Date d'entrée en vigueur du présent avis : 1er février 2017

<b>Vos droits</b> Vous avez le droit de :	<b>Vos choix</b> Vous avez le choix dans la façon dont nous utilisons et partageons les informations lorsque nous :
• Obtenez une copie de votre dossier médical papier ou électronique	• Parlez de votre état à votre famille et à vos amis
• Corrigez votre dossier médical papier ou électronique	• Fournir des secours en cas de catastrophe
• Demander une communication confidentielle	• Vous inclure dans un annuaire hospitalier
• Demandez-nous de limiter les informations que nous partageons	• Fournir des soins de santé mentale
• Obtenez une liste de ceux avec qui nous avons partagé vos informations	• Commercialiser nos services et vendre vos informations
• Obtenez une copie de cet avis de confidentialité	• Lever des fonds
• Choisissez quelqu'un pour agir pour vous	
• Déposer une plainte si vous croyez que vos droits à la vie privée ont été violés	

<b>Nos utilisations et divulgations</b> Nous pouvons utiliser et partager vos informations lorsque nous :
• Vous traiter
• Diriger notre organisation
• Facturer vos services
• Aide pour les questions de santé et de sécurité publiques
• Faire de la recherche
• Travailler avec un médecin légiste ou un directeur de funérailles
• Répondre aux demandes d'indemnisation des accidentés du travail, d'application de la loi et d'autres demandes gouvernementales
• Répondre aux poursuites et aux actions en justice
• Se conformer à la loi
• Répondre aux demandes de don d'organes et de tissus

### **Vos droits**

En ce qui concerne vos informations de santé, vous avez certains droits. Cette section explique vos droits et certaines de nos responsabilités pour vous aider.

- Obtenez une copie électronique ou papier de votre dossier médical : Vous pouvez demander à voir ou obtenir une copie électronique ou papier de votre dossier médical et d'autres renseignements sur la santé que nous avons à votre sujet. Demandez-nous comment procéder. Nous vous fournirons une copie ou un résumé de vos renseignements sur la santé, habituellement dans les 30 jours suivant votre demande. Nous pouvons facturer des frais raisonnables et basés sur les coûts.
- Demandez-nous de corriger votre dossier médical : Vous pouvez nous demander de corriger les renseignements médicaux vous concernant que vous jugez incorrects ou incomplets. Demandez-nous comment procéder. Nous pouvons dire « non » à votre demande, mais nous vous dirons pourquoi par écrit dans les 60 jours.
- Demander des communications confidentielles: Vous pouvez nous demander de vous contacter d'une manière spécifique (par exemple, téléphone à la maison ou au bureau) ou d'envoyer du courrier à une adresse différente. Nous dirons « oui » à toutes les demandes raisonnables.
- Demandez-nous de limiter ce que nous utilisons ou partageons : Vous pouvez nous demander de ne pas utiliser ou partager certaines informations de santé pour le traitement, le paiement ou nos opérations. Nous ne sommes pas tenus d'accepter votre demande, et nous pouvons dire « non » si cela affecte vos soins. Si vous payez un service ou un article de soins de santé de votre poche en totalité, vous pouvez nous demander de ne pas partager ces informations à des fins de paiement ou de nos opérations avec votre assureur maladie. Nous dirons « oui » à moins qu'une loi ne nous oblige à partager cette information.
- Obtenez une liste de ceux avec qui nous avons partagé des informations : Vous pouvez demander une liste (comptabilité) des fois où nous avons partagé vos informations de santé pendant six ans avant la date à laquelle vous demandez, avec qui nous les avons partagées et pourquoi. Nous inclurons toutes les divulgations, à l'exception de celles concernant le traitement, le paiement et les opérations de soins de santé, ainsi que certaines autres divulgations (telles que celles que vous nous avez demandé de faire). Nous fournirons une comptabilité par an gratuitement, mais nous facturerons des frais raisonnables basés sur les coûts si vous en demandez un autre dans les 12 mois.



- Obtenez une copie de cet avis de confidentialité : Vous pouvez demander une copie papier de cet avis à tout moment, même si vous avez accepté de recevoir l'avis par voie électronique. Nous vous fournirons une copie papier rapidement. Choisissez quelqu'un pour agir en votre nom : Si vous avez donné une procuration médicale à quelqu'un ou si quelqu'un est votre tuteur légal, cette personne peut exercer vos droits et faire des choix concernant vos renseignements médicaux. Nous nous assurerons que la personne a cette autorité et peut agir pour vous avant de prendre des mesures.
- Déposez une plainte si vous estimez que vos droits sont violés : Vous pouvez déposer une plainte auprès du Bureau des droits civils du ministère américain de la Santé et des Services sociaux en envoyant une lettre au 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, en appelant le 1-877-696-6775 ou en visitant [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/). Nous ne riposterons pas contre vous pour avoir déposé une plainte.

## Vos choix

Pour certaines informations de santé, vous pouvez nous dire vos choix sur ce que nous partageons. Si vous avez une préférence claire pour la façon dont nous partageons vos informations dans les situations décrites ci-dessous, contactez-nous. Dites-nous ce que vous voulez que nous fassions, et nous suivrons vos instructions. Dans ces cas, vous avez à la fois le droit et le choix de nous dire de partager des informations avec votre famille, vos amis proches ou d'autres personnes impliquées dans vos soins :

- Partager des informations dans une situation de secours en cas de catastrophe
- Incluez vos informations dans un annuaire hospitalier.

Si vous n'êtes pas en mesure de nous dire votre préférence, par exemple si vous êtes inconscient, nous pouvons aller de l'avant et partager vos informations si nous pensons que c'est dans votre meilleur intérêt. Nous pouvons également partager vos informations lorsque cela est nécessaire pour réduire une menace grave et imminente pour la santé ou la sécurité.

Dans ces cas, nous ne partageons jamais vos informations à moins que vous ne nous donniez une autorisation écrite :

- Fins de marketing
- Vente de vos informations
- La plupart partagent des notes de psychothérapie

Nous pouvons vous contacter pour des efforts de collecte de fonds, mais vous pouvez nous dire de ne plus vous contacter.

## Nos utilisations et divulgations

Comment utilisons-nous ou partageons-nous généralement vos informations de santé? Nous utilisons ou partageons généralement vos informations de santé de la manière suivante.

- Vous traiter : Nous pouvons utiliser vos renseignements sur la santé et les partager avec d'autres professionnels qui vous traitent. Exemple : Un médecin qui vous traite pour une blessure interroge un autre médecin sur votre état de santé général.
- Gérer notre organisation : Nous pouvons utiliser et partager vos renseignements sur la santé pour gérer notre pratique, améliorer vos soins et communiquer avec vous au besoin. Exemple : Nous utilisons les renseignements sur votre santé pour gérer votre traitement et vos services.
- Facturer vos services: Nous pouvons utiliser et partager vos informations de santé pour facturer et obtenir un paiement de régimes de santé ou d'autres entités. Exemple : Nous donnons des informations vous concernant à votre régime d'assurance maladie afin qu'il paie vos services

## Sinon, comment pouvons-nous utiliser ou partager vos informations de santé?

Nous sommes autorisés ou tenus de partager vos informations d'autres manières – généralement de manière à contribuer au bien public, comme la santé publique et la recherche. Nous devons remplir de nombreuses conditions dans la loi avant de pouvoir partager vos informations à ces fins. **Pour plus d'informations, voir :** [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

- Aide pour les questions de santé et de sécurité publiques
- Prévenir les maladies
- Aide aux rappels de produits
- Signaler les effets indésirables aux médicaments
- Signaler des allégations de violence, de négligence ou de violence familiale
- Prévenir ou réduire une menace grave pour la santé ou la sécurité de quiconque
- Faire de la recherche : Nous pouvons utiliser ou partager vos renseignements à des fins de recherche en santé.
- Se conformer à la loi : Nous partagerons des informations vous concernant si les lois étatiques ou fédérales l'exigent, y compris avec le ministère de la Santé et des Services sociaux s'il souhaite s'assurer que nous nous conformons à la loi fédérale sur la protection de la vie privée.
- Répondre aux demandes de don d'organes et de tissus : Nous pouvons partager des renseignements sur votre santé à votre sujet avec des organismes d'approvisionnement en organes.
- Travailler avec un médecin légiste ou un directeur de funérailles : Nous pouvons partager des renseignements sur la santé avec un coroner, un médecin légiste ou un directeur de funérailles lorsqu'une personne décède.

- Répondre aux demandes d'indemnisation des accidentés du travail, d'application de la loi et d'autres demandes gouvernementales : Pour les demandes d'indemnisation des accidentés du travail; À des fins d'application de la loi ou avec un responsable de l'application de la loi; Avec les organismes de surveillance de la santé pour les activités autorisées par la loi; Pour les fonctions gouvernementales spéciales telles que l'armée, la sécurité nationale et les services de protection présidentielle
- Répondre aux poursuites et aux actions en justice : Nous pouvons partager des informations de santé vous concernant en réponse à une ordonnance judiciaire ou administrative, ou en réponse à une assignation à comparaître.

Nous ne commercialisons ni ne vendons jamais d'informations personnelles. Sauf en réponse à une ordonnance judiciaire ou administrative ou en réponse à une assignation à comparaître, nous ne partagerons jamais les dossiers de traitement sans votre autorisation écrite.

#### **Nos responsabilités**

- Nous sommes tenus par la loi de maintenir la confidentialité et la sécurité de vos informations de santé protégées.
- Nous vous informerons rapidement si une violation se produit qui pourrait avoir compromis la confidentialité ou la sécurité de vos informations.
- Nous devons respecter les obligations et les pratiques de confidentialité décrites dans le présent avis et vous en remettre une copie.
- Nous n'utiliserons ni ne partagerons vos informations autrement que comme décrit ici, sauf si vous nous le dites par écrit. Si vous nous dites que nous le pouvons, vous pouvez changer d'avis à tout moment. Faites-nous savoir par écrit si vous changez d'avis.

**Pour plus d'informations, voir : [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).**

Modifications des conditions du présent avis : Nous pouvons modifier les modalités du présent avis, et les modifications s'appliqueront à toutes les informations dont nous disposons à votre sujet. Le nouvel avis sera disponible sur demande à notre bureau et sur notre site Web.

**Le présent Avis de pratiques en matière de protection de la vie privée s'applique aux organisations suivantes : le cabinet privé d'Inspired Mind Counseling, Madeleine Burkhart, LMFT #94533, 954 Risa Road, Lafayette, CA 94549, Téléphone confidentiel : 925-528-1363.**

---

Nom et signature du client

Date