

Consentement à la divulgation de RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS

J'autorise _____ à ☐ divulguer et/ou ☐ échanger
Le nom (en lettres moulées) du dépositaire de renseignements sur la santé

Les renseignements médicaux personnels de _____
Nom d'utilisateur du service et date de naissance

à Your Support Services Network, en tant qu'administrateur de Services de l'Ontario pour les personnes ayant une déficience intellectuelle - Région Centre- Est

Aux fins suivantes: ☐ Confirmation de l'admissibilité
☐ Spécifier autre *Lancer le processus de réponse urgente*

Les restrictions suivantes s'appliquent à la collecte / divulgation et / ou à l'échange de renseignements personnels sur la santé.

☐ Pas applicable

- ☐ Oui ☐ Non Je comprends les utilisations permises des renseignements personnels sur la santé, conformément à la législation sur la protection de la vie privée
- ☐ Oui ☐ Non Toutes mes questions ont été répondues et je comprends le but de cette directive sur le consentement.
- ☐ Oui ☐ Non J'ai pris mes propres décisions de directive de consentement et je signe ce formulaire volontairement
- ☐ Oui ☐ Non Je comprends que les décisions sur la directive sur le consentement que j'ai prises peuvent être modifiées à tout moment, en avisant par écrit le SOPDI / YSSN
- ☐ Oui ☐ Non Je comprends ce consentement sous forme de directive sera considérée comme valide, à moins que le SOPDI / YSSN est par ailleurs avisé, ou mon service avec SOPDI / de YSSN est terminé.
- ☐ **Ce formulaire est signé par l'utilisateur du service nommé ci-dessus**

Signature de l'utilisateur du service

Signature du témoin

À compter du 1er Juillet, 2011
Révision: 21 décembre 2017

Non classés quand blanc
Une sensibilité élevée, une fois rempli

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS

Directive sur le consentement

☐ *Ce formulaire est signé par un représentant autorisé au nom de l'utilisateur du service nommé ci-dessus.*

Le nom (en lettres moulées) du signataire

Relation avec l'utilisateur du service

Signature

Signature du témoin

Datée ce jour de ,

Pour usage de bureau seulement: ☐ processus enregistré ☐ directive de consentement enregistré
Date: