



## CONSENTEMENT À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Le présent formulaire doit être rempli par les personnes qui consentent à la divulgation de leurs renseignements médicaux personnels détenus par le ministère de la Santé et des Affaires sociales à une autre personne.

Section 1 : Renseignements sur la personne dont les renseignements sont demandés		
Prénom	Nom de famille	Date de naissance AAAA/MM/JJ
Adresse		
Section 2 : Renseignements demandés		
Indiquez les renseignements détenus par Santé et Affaires sociales pour lesquels vous consentez à la divulgation.		
Sauf non révoqué par moi, ce consentement à la divulgation des renseignements indiqués ci-dessus expire le AAAA/MM/JJ		
Section 3 : Renseignements sur la personne à qui les renseignements seront communiqués		
Prénom	Nom de famille	
Téléphone	Courriel	
Adresse		
Section 4 : Signature de la personne dont les renseignements sont demandés		
Je déclare avoir donné volontairement mon consentement à la divulgation des renseignements indiqués ci-dessus. Je comprends que je peux retirer mon consentement à tout moment.		
Signature	Nom en lettres détachées	Date AAAA/MM/JJ
Signature du parent ou du tuteur (s'il y a lieu)		
Section 5: Signature du témoin		
Signature	Nom en lettres détachées	Date AAAA/MM/JJ

Les renseignements demandés dans le présent formulaire sont recueillis, utilisés et divulgués conformément à la *Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux* du Yukon ainsi qu'aux autres lois applicables. On peut consulter les pratiques de Santé et Affaires sociales en matière de renseignements au [www.yukon.ca/fr/protection-renseignements-medicaux](http://www.yukon.ca/fr/protection-renseignements-medicaux) ou écrire à l'agent de protection de la vie privée du Ministère à [healthprivacy@yukon.ca](mailto:healthprivacy@yukon.ca).