SERVICE DE SANTÉ AUDITIVE

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS À UN AUTRE DÉPOSITAIRE OU MANDATAIRE

Je consens à ce que les renseignements médicaux personnels de _____ _____,
PRÉNOM NOM DE FAMILLE

né le AAAA/MM/JJ, soient communiqués au dépositaire suivant (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :

- ☐ Médecin _____
- ☐ Clinique médicale ou centre de santé communautaire _____
- ☐ Spécialiste _____
- ☐ Centre de développement de l'enfant _____
- ☐ Établissement d'enseignement, Éducation Yukon, enseignant auprès des sourds et malentendants _____
  _____
- ☐ Travailleur social _____
- ☐ DGSPNI – Services de santé assurés des Premières nations _____
- ☐ Yukon Learning Disabilities Association _____
- ☐ Anciens Combattants Canada _____
- ☐ Régie des hôpitaux du Yukon _____
- ☐ Fabricant de prothèses auditives _____

Établissement de santé à l'extérieur du Yukon

- ☐ St. Paul's Hospital _____
- ☐ BC Children's Hospital _____
- ☐ Autre _____

- ☐ Autre _____
- ☐ Autre _____

À remplir seulement si le consentement des parents ou du tuteur est requis.
Je suis le père ou la mère ou le tuteur de l'enfant susnommé. Je consens à la communication des renseignements médicaux personnels de mon enfant.

Nom du parent ou tuteur _____ _____ Date AAAA/MM/JJ
PRÉNOM NOM DE FAMILLE

Signature du parent ou tuteur _____

Signature _____ Date AAAA/MM/JJ

Remarque : *Le consentement donné par la présente demeure en vigueur à moins qu'il soit révoqué par écrit.*

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

_____ _____
Signature du personnel du Service de santé auditive Date

Service de santé auditive
4114, 4e Avenue, bureau 204
Whitehorse (Yukon) Y1A 4N7
Téléphone : 867-667-59132
Télécopieur : 867-667-5922

Les renseignements personnels fournis 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. Pour consulter les pratiques en matière de renseignements de Santé et Affaires sociales, visitez le www.hss.gov.yk.ca/fr/healthprivacy.php ou envoyez un courriel à l'agent de la protection de la vie privée, à healthprivacy@gov.yk.ca.

YG(6530FQ)F1 03/2018

Imprimer Vider les champs