



CONSENTEMENT D'UNE PERSONNE MINEURE À LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS AUX PARENTS OU AU TUTEUR

Ce formulaire doit être rempli par les personnes mineures qui consentent à ce que Santé et Affaires sociales communiquent leurs renseignements médicaux personnels à leurs parents ou à leur tuteur. Le formulaire doit être accompagné de la demande d'accès à l'information de la *Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux*.

Partie 1 : Renseignements de la personne mineure dont les renseignements sont demandés		
Prénom	Nom de famille	Date de naissance AAAA/MM/JJ
Adresse		
Partie 2 : Renseignements du parent ou du tuteur à qui le consentement est donné		
Prénom	Nom de famille	
Téléphone	Courriel	
Adresse		
Partie 3 : Déclaration et signature de la personne mineure dont les renseignements médicaux personnels sont demandés		
<p>Le présent consentement est limité à la divulgation de mes renseignements médicaux personnels décrits dans la demande d'accès à l'information présentée en vertu de la <i>Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux</i> et est daté du <u>AAAA/MM/JJ</u>.</p> <p>J'affirme par la présente que (veuillez cocher toutes les cases) :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ce consentement a été donné volontairement;<input type="checkbox"/> Je comprends les informations pertinentes pour décider si je consens ou non à ce que mes renseignements médicaux personnels protégés par le ministère de la Santé et des Affaires sociales soient divulgués à mon parent ou tuteur nommé ci-dessus;<input type="checkbox"/> Je comprends les conséquences raisonnablement prévisibles de la délivrance, du refus, de la retenue ou du retrait de ce consentement. <p>Je comprends que je peux retirer ou limiter mon consentement à tout moment en écrivant à healthaccess@yukon.ca, et que sans mon consentement, mes renseignements médicaux personnels ne peuvent être recueillis, utilisés ou communiqués qu'en conformité avec la <i>Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux</i>.</p>		
Signature	Nom en lettres détachées	Date AAAA/MM/JJ
Partie 4 : Signature du témoin		
Signature	Nom en lettres détachées	Date AAAA/MM/JJ

Les renseignements personnels fournis dans le présent formulaire sont recueillis, utilisés et communiqués en conformité avec la *Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux* du Yukon et les autres lois applicables. Pour consulter les pratiques de Santé et Affaires sociales en matière de renseignements, visitez le yukon.ca/tr/protection-renseignements ou écrivez à healthprivacy@yukon.ca.