Homewood Health | Santé

Consentement à la transmission de renseignements personnels à des tiers

☐ **Traitements et services ambulatoires de counseling** de Homewood Santé inc. Service de gestion des dossiers cliniques et Service des données (GDC-SD) de **Homewood Santé inc**. 150 Delhi Street, Guelph, Ontario N1E 6K9 T. : 800 265-8310, poste 43113, F. : 800 427-9295 Courriel : demandedinformation@homewoodsante.com	☐ **Traitements avec séjour** au Centre de santé Homewood Correspondance, Gestion de l'information clinique (GIC) **Centre de santé Homewood** 150 Delhi Street, Guelph, Ontario N1E 6K9 T. : 519 824-1010, poste 32511, F. : 519 767-3552 Numéro sans frais : 800 265-8310, poste 32511 **Courriel** : him@homewoodhealth.com

		AAAA MM JJ
Nom de famille (en lettres moulées) du client ou de la cliente (clientèle externe)	*Prénom (en lettres moulées) du client ou de la cliente (clientèle externe)*	*Date de naissance du client ou de la cliente*

Adresse et numéros de téléphone actuels du client ou de la cliente *(*ou de son ou sa subrogé·e. Voir les conditions ci dessous)* :

Adresse postale complète (numéro d'appartement, CP, numéro civique, nom de rue, ville, province, code postal)

Numéro de téléphone principal | Numéro(s) de téléphone secondaire(s)

***Subrogation** : Si vous demandez l'accès à des renseignements personnels au nom d'un enfant mineur, veuillez indiquer **le nom de l'enfant,** mais **vos coordonnées** à la rubrique : « Adresse et numéros de téléphone actuels du client ou de la cliente » ci-dessus. Pour que vous puissiez agir à titre de subrogé·e, le client ou la cliente doit être incapable de prendre de décisions concernant la divulgation de ses renseignements personnels. Vous devez fournir les documents à l'appui de votre autorisation à titre de subrogé·e.
Nom du ou de la subrogé·e (s'il y a lieu) :

☐ Attestation de présence : (dates de présence aux rendez-vous et **catégorie** de problèmes abordés)
- ***Ne pas inclure la catégorie*** dans la lettre ☐

☐ Frais de copie(s) du dossier – 30 $ pour les 20 premières pages, 0,25 $ par page par la suite

Fournir les renseignements demandés, y compris la plage de dates, et indiquer les traitements ou services prodigués (si connus) :

J'autorise Homewood Santé à communiquer mes renseignements personnels à :

Noms complets de la personne et de l'organisation auxquelles seront transmis les renseignements

Adresse, ville, province, code postal

N° de téléphone : | Autre n° de téléphone | N° de télécopieur :

Transmission par courriel ou télécopieur : J'autorise la transmission chiffrée de mes renseignements personnels à la ou au destinataire identifié ci-dessus. Je reconnais le risque de divulgation accidentelle de mes renseignements personnels et la possibilité de leur interception par des personnes autres que le ou la destinataire prévu·e.
Transmission par courriel ou par télécopieur : Oui ☐ Non ☐ Courriel ou n° de télécopieur :

Un consentement datant de plus de six mois à compter de la date de signature peut nécessiter une vérification ou la présentation d'une nouvelle demande.

Signature de la ou du témoin (obligatoire)

AAAA MM JJ
Date (aaaa/mm/jj)

Signature du client ou de la cliente ou subrogé·e (obligatoire)

Si le ou la signataire n'est pas le client ou la cliente, préciser son lien avec celui-ci ou celle-ci.

Consultez l'énoncé de confidentialité et tenue des dossiers de Homewood affiché sur le site https://homewoodhealth.com/sante/confidentialite-et-tenue-des-dossiers.