Homewood Health | Santé

# Demande d'accès à un dossier personnel

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

**Je demande par la présente l'accès à des renseignements personnels détenus par Homewood, notamment :**

☐ 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 vous les connaissez :

Si vous souhaitez consulter votre dossier à un bureau de Homewood Santé, veuillez communiquer avec nous pour fixer un rendez-vous.

**Autorisation de transmission par courriel :** En fournissant mon adresse électronique, j'autorise la transmission par courriel de mes renseignements personnels chiffrés. Pour envoyer des informations à une tierce partie, veuillez utiliser le formulaire intitulé « Consentement à la transmission de renseignements personnels à des tiers ».

**Adresse électronique personnelle :** _____

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.