

Demande d'accès à un dossier personnel

<input type="checkbox"/> 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@homewoodssante.com	<input type="checkbox"/> 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. : 800 265-8310, poste 32511, F. : 519 767-3552 Courriel : him@homewoodhealth.com
---	--

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 :

<input type="checkbox"/> Attestation de présence : (dates de présence aux rendez-vous et catégorie de problèmes abordés) <ul style="list-style-type: none"> • Ne pas inclure la catégorie dans la lettre <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 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 <u>plage de dates</u> , et indiquer les traitements ou services prodigués, si vous les connaissez : <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

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)	Signature du client ou de la cliente ou subrogé-e (obligatoire)			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small;">AAAA</td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small;">MM</td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small;">JJ</td> </tr> </table> Date (aaaa/mm/jj)	AAAA	MM	JJ	Si le ou la signataire n'est pas le client ou la cliente, préciser son lien avec celui-ci ou celle-ci.
AAAA	MM	JJ		

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