

Consentement à la transmission de renseignements personnels à des tiers

<p>Pour adresser une demande de transmission de dossier clinique aux Services de maintien au travail ou aux Services de réintégration au travail de Homewood Santé inc., veuillez remplir le présent formulaire de consentement et l'envoyer à l'adresse ci-dessous. Toute question concernant votre demande doit être adressée au 800 265-8310, poste 43113.</p> <p>À l'attention de : Gestion des dossiers, GIC-SD Gestion de l'information clinique et Services de données Homewood Santé 150 Delhi Street Guelph, ON N1E 6K9 Telec : 800 427-9295 Courriel : demandedenregistrement@homewoodsante.com</p>	<p>Pour adresser une demande de transmission de dossier clinique au Centre de santé Homewood, veuillez remplir le présent formulaire de consentement et l'envoyer à l'adresse ci-dessous. Toute question concernant votre demande doit être adressée au 519 824-1010, poste 32511. Numéro sans frais : 800 265-8310 poste 32511.</p> <p>À l'attention de : Correspondance, GIC Gestion de l'information clinique Homewood Santé 150 Delhi Street Guelph, ON N1E 6K9 Telec : 519 767-3552 Courriel : him@homewoodsante.com</p>
---	--

Nom complet du client/patient (en lettres moulées)

Date de naissance (aaaa/mm/jj)

Subrogation : Si vous demandez la transmission de renseignements personnels au nom d'un client/patient, veuillez indiquer votre nom et vos coordonnées ci-dessous. Pour que vous puissiez agir à titre de subrogé, le client/patient doit être incapable de prendre de décisions concernant la divulgation de ses renseignements personnels. Les documents à l'appui de votre autorisation à titre de subrogé doivent accompagner le présent formulaire.

Nom du subrogé :

Adresse et numéros de téléphone actuels du client/patient ou du subrogé :

Adresse municipale, ville, province, code postal

Numéro de téléphone principal :

Numéro(s) de téléphone secondaire(s) :

Le patient ou subrogé autorise par les présentes :

Services de réintégration au travail	Services de maintien au travail	Traitement résidentiel/ambulatoire
Gestion des invalidités	Programme d'aide aux employés et à leur famille (PAEF)	Centre de santé Homewood (CSH), Service ambulatoire (p.ex. SCTD)
Services spécialisés/Évaluations	Services de prévention des invalidités (Aptitude au travail (AT)/Services d'expertise en toxicomanie (SET))	Le centre The Residence
Programme IMPACT rapide	Traitement de la dépression/Traitement des traumatismes	Les Cliniques Homewood
Programme d'accès rapide aux lieux de travail (RSAP)	IntelliVie	Homewood du Plateau
Autre :	Autre :	Homewood Ravensview
Tous les programmes et services de Homewood Santé mentionnés ci-dessus, selon le cas		

à divulguer ses renseignements personnels à :

Noms complets de la personne et de l'organisme qui recevront l'information

Adresse municipale, ville, province, code postal

Numéro de téléphone

Autre numéro de téléphone

Numéro de télécopieur

(suite)

Limitations ou restrictions au consentement (le cas échéant) :

Indiquez ci-dessous toute limitation ou restriction à votre consentement.

La divulgation de renseignements personnels à des tiers est régie par la LPRPDE et les lois provinciales sur la protection des renseignements personnels, et peut être soumise à des frais administratifs payables d'avance. Les demandes écrites de renseignements personnels sont régies par les droits et exigences énoncés dans la loi applicable.

Transmission électronique ou par télécopieur : J'autorise la transmission, par télécopieur ou par voie électronique sous forme non chiffrée, de mes renseignements personnels au destinataire identifié ci-dessus. Je connais et je comprends le risque de communication accidentelle de mes renseignements personnels et la possibilité d'interception intentionnelle des renseignements par des personnes autres que le destinataire prévu.

Transmission électronique ou par télécopieur : Oui Non

Adresse électronique : _____

Numéro de télécopieur : _____

Le présent consentement est valable pour chaque cas d'admission ou de service et pendant une durée raisonnable par la suite. Un consentement datant de plus de six mois à compter de la date de signature doit être vérifié et peut nécessiter une nouvelle demande.

Vous pouvez restreindre ou retirer votre consentement à tout moment en communiquant avec nous à l'adresse ou au numéro de téléphone indiqués à la page 1 du présent formulaire. Tout consentement antérieur à une communication de renseignements personnels n'est pas rétractable.

Signature du client/patient ou subrogé

Date : (aaaa mm jj)

Si le signataire n'est ni le client/patient, préciser son lien avec celui-ci.

Signature du témoin (obligatoire)

L'Énoncé des pratiques d'information de Homewood est affiché sur le site <http://homewoodsante.com>.