



NOM	PRÉNOM
MDN	NUMÉRO DE VISITE
DATE DE NAISSANCE JJ-MM-AAAA	SEXE
ADRESSE	
SAISIR OU IMPRIMER MANUELLEMENT	

Consentement à la divulgation de l'information personnelle sur la santé — TeleLink

Je, _____, Tuteur/Décideur substitut
Imprimez le nom (Prénom, Nom) du Client /de la Clientez

autorise The Hospital for Sick Children à divulguer l'information personnelle sur la santé de _____
Nom du client
 _____ dans le cadre d'un Rapport de consultation de TeleLink de télésanté mentale,
(Prénom, Nom)
 destiné aux personnes/agences suivantes :

1. _____ Nom de l'Agence traitante qui demande l'information	Télécopieur n° : _____
2. _____ Nom du prestataire de soins primaires qui sollicite l'information	n° : _____

Je, _____, Tuteur/Décideur substitut
Imprimez le nom (Prénom, Nom) du Client /de la Clientez

autorise _____ à divulguer l'information personnelle sur la santé
Nom de l'Agence traitante qui divulgue l'information
 de _____ à The Hospital for Sick Children.
Nom du client (Prénom, Nom)

Je consens à la divulgation de l'information suivante :

Rapports de consultation Antécédents médicaux Résumé des médicaments

Autre : _____

J'accepte que l'on communique avec moi afin de connaître de nouvelles avenues de recherche auxquelles je/mon enfant pourrais/pourrait souhaiter participer. Je suis conscient(e) que le fait refuser de participer à des activités d'apprentissage ou de recherche n'aura aucune incidence sur les services que je/mon enfant pourrais/pourrait recevoir par le biais du TeleLink de télésanté mentale.

AVIS DE LA COLLECTE

Les renseignements recueillis par le biais du Programme TeleLink de télésanté mentale seront entrés dans le système utilisé pour établir et fixer des rendez-vous et d'en améliorer la qualité, ainsi qu'aux fins d'études de recherche approuvées qui ne nécessitent pas de renseignements pouvant identifier le patient, et à toutes autres fins permises ou autorisées en vertu de la loi. Ceci comprend la divulgation de l'information personnelle sur la santé à l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) sous forme d'entité prescrite aux fins de l'article 45 de la Loi sur la confidentialité des renseignements personnels sur la santé de l'Ontario. Les renseignements recueillis de cette façon seront réunis avec d'autres renseignements semblables et aucun participant à ce processus de consultation ne sera individuellement ou spécifiquement identifié.

REQUIS : Imprimez le nom du client/de la cliente	Signature du client/de la cliente	Date JJ-MM-AAAA
Imprimez le nom du parent/tuteur	Signature du parent/tuteur	Date JJ-MM-AAAA