



Nom de famille (Prénom)

N° MRN N° de visite

Date de naissance le sex  
AAAA-MM-JJ

Adresse

Imprimer ou entrer l'information à la main

## Consentement à la divulgation de renseignements personnels sur la santé - Justice Pénale pour les Adolescents

N° de l'agence : \_\_\_\_\_ N° MRN : \_\_\_\_\_

Je, \_\_\_\_\_  client  
*nom*  tuteur / décideur substitut

autorise un location du Service de Télésanté Mentale à divulguer les renseignements personnels sur la santé de : \_\_\_\_\_  
*nom du client*

au sujet de : **Rapport de Consultation Télésanté Mentale**, \_\_\_\_\_

auprès de : \_\_\_\_\_  
*nom du médecin, de l'agence de santé mentale...*

\_\_\_\_\_ *nom du médecin, de l'agence de santé mentale...*

Je, \_\_\_\_\_  client  
*nom*  tuteur / décideur substitut

autorise l'agence de coordination Télésanté Mentale & \_\_\_\_\_  
*nom du lieu, médecin, de l'agence de santé mentale...*

à divulguer les renseignements personnels sur la santé de : \_\_\_\_\_  
*nom du client*

au sujet de : \_\_\_\_\_  
*décrivez les informations à divulguer*

à l'un des lieux de Service de Télésanté Mentale.

### Avis de collecte

Les renseignements recueillis par les Services de Télésanté Mentale seront saisis dans une base de données utilisée pour prendre et planifier des rendez-vous, pour améliorer la qualité, pour les projets de recherche approuvés qui n'exigent pas de renseignements permettant d'identifier le patient et à d'autres fins autorisées ou exigées par la loi. Ceci comprend la divulgation de renseignements médicaux personnels à l'Institut for Clinical Evaluative Sciences (ICES) comme une entité dépositaire de renseignement sur la santé en application de l'art. 45 de la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé de l'Ontario. Les renseignements recueillis de cette façon seront regroupés avec d'autres informations similaires; aucune personne participant à cette consultation ne pourra être identifiée de manière individuelle ou spécifique.

J'accepte que l'on communique avec moi pour en connaître davantage sur les possibilités de recherche auxquelles moi-même ou mon enfant pourrions souhaiter participer. Je comprends que de refuser de participer à des activités liées à l'enseignement et/ou à la recherche n'aura aucune influence sur les services que moi-même ou mon enfant recevrons auprès des Services de Télésanté Mentale.

**AVERTISSEMENT: CE DOSSIER CONTIENT DES RENSEIGNEMENTS SUR UN(E) ADOLESCENT(E) ASSUJETTI(E) À LA LOI SUR LE SYSTÈME DE JUSTICE PÉNALE POUR LES ADOLESCENTS. Les renseignements concernant un(e) adolescent(e), au sens de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents, sont assujettis aux limites de publication, d'utilisation et d'accès énoncées dans la Loi pour protéger la vie privée de l'adolescent(e). L'infraction à cette règle est punissable d'une peine d'emprisonnement maximale de deux ans.**