



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

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'Institute 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.

Nom en caractère d'imprimerie Signature Date (AAAA - MM - JJ) heure

Nom en caractère d'imprimerie Signature Date (AAAA - MM - JJ) heure