



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

## Programme de santé mentale TeleLink Consentement à la divulgation de renseignements personnels sur la santé

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

client  
 tuteur / décideur substitut

Je, \_\_\_\_\_  
*nom*

autorise le programme de santé mentale TeleLink à divulguer les renseignements personnels  
sur la santé de \_\_\_\_\_  
*nom du client*

au sujet de : **Rapport de Consultation TeleLink**, \_\_\_\_\_

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

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

client  
 tuteur / décideur substitut

Je, \_\_\_\_\_  
*nom*

autorise \_\_\_\_\_  
*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 le programme de santé mentale TeleLink.

### Avis de collecte

Les renseignements recueillis par le programme de santé mentale TeleLink 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 aux quelles 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 le programme de santé mentale TeleLink.**

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

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