

### Autorisation de divulguer ou d'obtenir des informations

Nous nous engageons à protéger la confidentialité de vos données personnelles. Veuillez lire attentivement ce formulaire.

#### **Renseignements sur le participant :**

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Parents/tuteurs : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Méthode de contact préférée : Téléphone Courriel

#### **Informations à partager :**

Ages & Stages Questionnaires®, Third Edition (ASQ®-3)

Ages & Stages Questionnaires®: Social-Emotional, Second Edition (ASQ®:SE-2)

Statut de recommandation Autre (veuillez décrire) : \_\_\_\_\_

#### **Veuillez cocher : Divulguer/envoyer les informations à : Obtenir des informations auprès de :**

Nom de la personne : \_\_\_\_\_ Organisation : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Rue Ville/Localité État Code postal

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel (facultatif) : \_\_\_\_\_

#### **Le but de cette divulgation est de coordonner et de communiquer sur les soins et le développement de mon enfant.**

#### **Pour partager les informations avec d'autres personnes par COURRIEL ou par d'autres moyens électroniques, veuillez apposer vos initiales ci-dessous.**

Je comprends que le courrier électronique et Internet comportent des risques que l'organisme partageant les informations ne peut pas contrôler. Il est possible que les informations envoyées par courriel puissent être lues par un tiers. J'ACCEPTÉ CES RISQUES et je continue de demander l'envoi des informations par courriel ou via la base de données du programme.

**Parapher ici :** \_\_\_\_\_

Je comprends et je me déclare d'accord sur ce qui suit :

- Je signe ce formulaire librement. J'ai droit à une copie signée de ce formulaire si j'en fais la demande.
- Les « informations » relatives à mon enfant peuvent être sous forme écrite, orale et/ou électronique, et peuvent inclure des dossiers de prestataires de soins de santé (tels que des médecins, des hôpitaux, des conseillers) ou d'autres professionnels (tels que des éducateurs).
- Ma signature permet aux personnes/organismes nommés ci-dessus de discuter des informations de mon enfant. aux fins mentionnées.
- Les informations de mon enfant resteront confidentielles comme l'exige la loi. Si je choisis de partager ces informations avec d'autres personnes qui ne sont pas légalement tenues de les garder confidentielles, elles peuvent ne plus être protégées par les lois sur la confidentialité.
- Je peux révoquer (reprenre) ma permission de divulguer ces informations en remplissant le formulaire de révocation et en l'envoyant à l'organisme qui a partagé les informations. Le formulaire de révocation n'entre en vigueur qu'après avoir été reçu et ne s'applique pas aux renseignements qui ont déjà été communiqués.
- Je peux refuser de divulguer toutes les informations, cependant, si je retire ma permission ou refuse de divulguer tout ou partie des informations, mon choix pourrait conduire à un diagnostic ou un traitement inapproprié, ou un refus d'assurance.
- La validité de ce formulaire prend fin un an après la date ci-dessous, sauf si j'écris une date antérieure ici : \_\_\_\_\_
- Ce formulaire permet de divulguer des renseignements supplémentaires jusqu'à ce qu'il expire ou soit révoqué.

Date : \_\_\_\_\_ Signature du parent/tuteur : \_\_\_\_\_

