

**Instructions :** Ce formulaire doit être utilisé pour les enfants de moins de 18 ans qui ont été inscrits à Health Home (maison de santé) en utilisant le *Formulaire de consentement/inscription/à utiliser avec les enfants de moins de 18 ans (DOH 5200)\**. Ce formulaire décrit quelles informations de santé peuvent être partagées et avec qui. La section 1 de ce formulaire doit être complétée par le parent, le tuteur ou représentant légal de l'enfant. Un représentant légalement autorisé aux fins de partage d'informations médicales est défini comme « une personne ou un organisme autorisé par la loi de l'État, tribale, martiale, ou autre loi applicable, une ordonnance judiciaire ou le consentement à agir au nom d'une personne pour la divulgation d'informations médicales ». La section 2 de ce formulaire est remplie séparément par l'enfant avec le responsable des soins.

**\*[veuillez noter que les enfants qui sont parents, enceintes, et/ou mariés, et qui sont par ailleurs capables de consentir, ne doivent pas utiliser ce formulaire. Ils doivent plutôt utiliser le *Formulaire de consentement au partage des informations du patient (DOH 5055)*].**

NOM DE HEALTH HOME (MAISON DE SANTÉ) EN MAJUSCULES \_\_\_\_\_

NOM DE L'ENFANT EN LETTRES MAJUSCULES \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT \_\_\_\_\_

**Section 1:**

**Instructions pour parent/tuteur/ représentant légal :** Dressez la liste de tous les prestataires de soins de l'enfant qui peuvent partager les informations de santé de l'enfant. Les informations de santé qu'ils partagent peuvent provenir d'avant et d'après la date à laquelle vous avez signé ce formulaire. Ces prestataires peuvent partager ces informations entre eux et avec l'agence de gestion des soins de l'enfant indiquée ci-dessous. Ils ne peuvent pas donner les informations de l'enfant à d'autres personnes à moins que vous ne soyez d'accord ou que la loi le permette. L'enfant peut maintenir confidentielles les informations sur les services pour lesquels il a consenti, y compris les services de planification familiale et de contraception d'urgence, d'avortement, de dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles, de dépistage et traitement du VIH, prévention du VIH, de soins prénataux, d'accouchement, de traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme ou de services liés à une agression sexuelle. Les prestataires de ces services seront énumérés à la section 2. Si vous avez consenti à ces services pour l'enfant, vous pouvez avoir l'autorité de consentir à la divulgation d'informations concernant ces services et vous pouvez dresser la liste des prestataires dans cette section. Remarque : l'enfant peut également avoir à consentir à la divulgation de ces informations.

**Instructions pour le responsable des soins :** Cette section est remplie par le parent, tuteur ou représentant légal de l'enfant. Il dresse la liste de tous les prestataires de soins de santé qui peuvent partager des informations relatives à la santé de l'enfant. Indiquez l'agence de gestion des soins de l'enfant en tant que prestataire ci-dessous. Ces prestataires peuvent partager toutes les informations de santé à l'exception de celles sur les services pour lesquels l'enfant a consenti, incluant la planification familiale, la contraception d'urgence, l'avortement, le dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles, le dépistage et traitement du VIH, la prévention du VIH, les soins prénataux, l'accouchement, le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme ou les services liés aux agressions sexuelles. Si le parent, le tuteur ou le représentant légalement autorisé a consenti à l'avortement, au dépistage et au traitement des infections sexuellement transmissibles, au dépistage et au traitement du VIH, à la prévention du VIH, ou traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme au nom de l'enfant, les informations ne peuvent être divulguées que si l'enfant consent à leur divulgation dans la section 2. Copiez cette page si nécessaire pour pouvoir dresser la liste de tous les prestataires agréés. Si cette liste doit être mise à jour à l'avenir (pour ajouter ou supprimer un nom), veuillez demander au parent/tuteur/représentant légal de signer et mettre la date à côté de chaque ajout ou retrait d'information.

**Instructions pour les prestataires participants :** Si votre nom ou agence figure dans la section 1, vous pouvez divulguer les informations de santé de l'enfant, à l'exception de celles concernant les services pour lesquels l'enfant a consenti, y compris planification familiale et contraception d'urgence, avortement, dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles, dépistage et traitement du VIH, prévention du VIH, soins prénataux, accouchement, traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme ou services liés à une agression sexuelle. Vous ne pouvez divulguer ces informations que si vous avez l'autorisation de le faire dans la section 2 de ce formulaire. Si le parent, le tuteur ou le représentant légalement autorisé a consenti à l'avortement, au dépistage et au traitement des infections sexuellement transmissibles, au dépistage et au traitement du VIH, à la prévention du VIH, ou traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme au nom de l'enfant, les informations ne peuvent être divulguées que si l'enfant consent à leur divulgation dans la section 2.

PARENT/TUTEUR/REPRÉSENTANT LÉGAL (LES INITIALES UNIQUEMENT QUAND DES CHANGEMENTS ONT ÉTÉ FAITS DANS LA LISTE DES PRESTATAIRES CI-DESSOUS.) DATE

NOM DE L'AGENCE DE GESTION \_\_\_\_\_

NOM DU PRESTATAIRE \_\_\_\_\_

En signant ce formulaire j'accepte que :

1. L'enfant mentionné ci-dessus soit inscrit à Health Home (maison de santé) mentionné ci-dessus,
2. J'ai signé un formulaire de consentement pour l'inscription à Health Home (maison de santé) mentionné ci-dessus pour l'enfant mentionné ci-dessus,
3. J'ai eu l'occasion de consulter la page FAQ de Health Home (maison de santé) et ai trouvé des réponses à mes questions,
4. Health Home (maison de santé) et toute personne que j'ai nommée dans la section 1 \_\_\_\_\_ de ce formulaire peuvent partager mes informations de santé comme indiqué ci-dessus. NOM DE L'ENFANT  
Ils peuvent partager des informations avant et après la date à laquelle je signe ce formulaire, et
5. Health Home (maison de santé) de l'enfant et le gestionnaire du plan de soin, si applicable, peuvent partager des informations avec ceux énumérés comme prestataires ci-dessus et entre eux.

Je peux changer ce formulaire à tout moment. Si je fais des changements, je dois signer et mettre la date à côté de ces changements. En rayant des informations, je retire la permission de partager les informations de santé que j'avais précédemment donnée.

Je comprends que ce formulaire de consentement remplace les autres formulaires de Health Home (maison de santé) de consentement sur le partage des informations que j'ai pu signer auparavant au nom de l'enfant. Ce consentement reste en vigueur jusqu'à ce que :

- Je le retire, ou
- L'enfant n'est plus éligible à Health Home (maison de santé).
- Le programme Health Home (maison de santé) cesse ses activités.

Je peux toujours retirer ce consentement au nom de l'enfant en signant un *Formulaire de consentement/retrait de l'inscription à Health Home (maison de santé) et au partage des informations/à utiliser avec les enfants de moins de 18 ans (DOH 5202)*.

**Si je ne signe pas ce formulaire de consentement, je comprends que les informations de l'enfant ne seront pas partagées.**

\_\_\_\_\_  
NOM DU PARENT, DU TUTEUR, OU DU REPRÉSENTANT  
LÉGALEMENT AUTORISÉ DE L'ENFANT EN MAJUSCULE

\_\_\_\_\_  
RELATION AVEC L'ENFANT DU PARENT, DU TUTEUR, OU DU REPRÉSENTANT  
LÉGALEMENT AUTORISÉ DE L'ENFANT

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU PARENT, DU TUTEUR, OU DU REPRÉSENTANT LÉGALEMENT AUTORISÉ DE L'ENFANT

\_\_\_\_\_  
DATE

## À REMPLIR UNIQUEMENT AVEC L'ENFANT

### Section 2:

**Instructions pour le responsable des soins :** La section 2 de ce formulaire devrait être remplie par l'enfant. Vous devez compléter ce formulaire en privé, sans le parent, le tuteur ou le représentant légalement autorisé de l'enfant, pour permettre la confidentialité des informations. La section 2 de ce formulaire devrait être complétée après que la section 1 ait été complétée et signée par toutes les parties concernées

Je, \_\_\_\_\_, comprends que je peux consentir à certains types de services de santé sans que mon parent,

NOM DE L'ENFANT

tuteur, ou représentant légal ne le sache. Je peux également décider qui est autorisé à partager des informations sur ces services. Pour les services ci-dessous (que j'ai pu avoir dans le passé), je signe pour donner au prestataire suivant la permission de partager des informations concernant ces soins.

Types de services et nom(s) du prestataire et/ou de l'agence	Il est permis de partager des informations sur ces services avec mon parent, tuteur ou représentant légal nommés ci-dessous.		
	Oui	Non	Nom du parent, tuteur, ou représentant légal
Prestataire(s) de planification familiale :			
Prestataire(s) de contraception d'urgence :			
Prestataire(s) d'avortement :			
Tests de dépistage du VIH et prestataire(s) de traitement lié au VIH :			
Prestataire(s) en prévention Pré-exposition au VIH et prophylaxie postexposition (PrEP/PEP) :			
Test de dépistage et prestataire (s) de traitement de maladie sexuellement transmissible :			
Prestataire(s) de soins prénataux et d'accouchement :			
Prestataire(s) de traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme :			
Prestataires de services liés à une agression sexuelle :			

Si vous recevez des services liés à la santé mentale et/ou aux troubles du développement et que vous avez plus de douze ans, votre prestataire peut vous demander si vous souhaitez que vos informations soient divulguées. Si vous vous y opposez, votre prestataire peut entièrement refuser la demande, n'envoyer qu'une partie du dossier médical ou envoyer un résumé de votre dossier clinique.

Types de services et nom(s) du prestataire et/ou de l'agence	Il est permis de partager des informations sur ces services avec mon parent, tuteur ou représentant légal nommés ci-dessous.		
	Oui	Non	Nom du parent, tuteur, ou représentant légal
Services liés à santé mentale :			
Services aux personnes ayant des troubles du développement :			

Types de services et nom(s) du prestataire et/ou de l'agence	Il est possible de partager des informations sur ces services avec les prestataires cités ci-dessous.		
	Oui	Non	Nom du prestataire
Prestataire(s) de planification familiale :			
Prestataire(s) de contraception d'urgence :			
Prestataire(s) d'avortement :			
Tests de dépistage du VIH et prestataire(s) de traitement lié au VIH :			
Prestataire(s) en prévention Pré-exposition au VIH et prophylaxie postexposition (PrEP/PEP) :			
Test de dépistage et prestataire (s) de traitement de maladie sexuellement transmissible :			
Prestataire(s) de soins prénataux et d'accouchement :			
Prestataire(s) de traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme :			
Prestataires de services liés à une agression sexuelle :			

Si vous recevez des services liés à la santé mentale et/ou aux troubles du développement et que vous avez plus de douze ans, votre prestataire peut vous demander si vous souhaitez que vos informations soient divulguées. Si vous vous y opposez, votre prestataire peut entièrement refuser la demande, n'envoyer qu'une partie du dossier médical ou envoyer un résumé de votre dossier clinique.

Types de services et nom(s) du prestataire et/ou de l'agence	Il est possible de partager des informations sur ces services avec les prestataires cités ci-dessous.		
	Oui	Non	Nom du prestataire
Services liés à santé mentale :			
Services aux personnes ayant des troubles du développement :			

En signant ce formulaire j'accepte que :

1. J'ai eu la possibilité de consulter la page FAQ de Health Home (maison de santé) et ai trouvé des réponses à mes questions
2. Health Home (maison de santé) et toute personne que j'ai nommée dans la section 2 de ce formulaire peuvent partager des informations relatives à ma santé comme indiqué ci-dessus. Ils peuvent partager des informations datant d'avant et d'après la date à laquelle je signe ce formulaire.

Je peux changer ce formulaire à tout moment. Si je fais des changements, je dois signer et mettre la date à côté de ces changements. En rayant des informations, je retire la permission de partager les informations de santé que j'avais précédemment donnée.

Je comprends que ce formulaire de consentement remplace les autres formulaires de consentement sur le partage des informations de Health Home (maison de santé) que j'ai pu signer auparavant. Ce consentement reste en vigueur jusqu'à ce que :

- Je le retire,
- Je ne sois plus éligible à Health Home (maison de santé),
- Health Home (maison de santé) cesse ses activités, ou
- Cependant, votre parent, tuteur ou représentant légalement autorisé devra accepter et signer le *Formulaire de consentement/retrait de l'inscription à Health Home (maison de santé) et au partage des informations/à utiliser avec les enfants de moins de 18 ans (DOH 5202)*.

NOM DE L'ENFANT EN LETTRES MAJUSCULES

DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT

SIGNATURE DE L'ENFANT

DATE

En cochant cette case, je retire mon consentement à partager les informations liées à ma santé énumérées à la section 2.

NOM DE L'ENFANT EN LETTRES MAJUSCULES

DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT

SIGNATURE DE L'ENFANT

DATE