



SERVICE DE SANTÉ AUDITIVE  
**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR OBTENIR  
DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS  
AUPRÈS D'UN AUTRE DÉPOSITAIRE OU MANDATAIRE**

Je demande les renseignements médicaux personnels de \_\_\_\_\_, né le AAAA/MM/JJ. Je consens à ce que le Service de santé auditive obtienne ces renseignements en vue de fournir des soins de santé. Je consens également à ce que les renseignements soient obtenus auprès de :

**Coordonnées**

(Veuillez inscrire en lettres détachées les coordonnées des dépositaires auprès desquels vous souhaitez obtenir les renseignements.)

---

---

---

---

---

---

---

---

**À remplir seulement si le consentement des parents ou du tuteur<sup>1</sup> est requis.**

Je suis le père ou la mère ou le tuteur de l'enfant susnommé. Je consens à la communication des renseignements médicaux personnels de mon enfant.

Nom du parent ou tuteur \_\_\_\_\_ Date AAAA/MM/JJ  
PRÉNOM NOM DE FAMILLE

Signature du parent ou tuteur \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date AAAA/MM/JJ

**Remarque :** Le consentement donné par la présente demeure en vigueur à moins qu'il soit révoqué par écrit.

**RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION**

\_\_\_\_\_  
Signature du personnel du Service de santé auditive

\_\_\_\_\_  
Date

**Service de santé auditive**  
4114, 4<sup>e</sup> Avenue, bureau 204  
Whitehorse (Yukon) Y1A 4N7  
Téléphone : 867-667-59132  
Télécopieur : 867-667-5922

Les renseignements personnels fournis dans le présent formulaire sont recueillis, utilisés et divulgués conformément à la *Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux du Yukon* ainsi qu'aux autres lois applicables. Pour consulter les pratiques en matière de renseignements de Santé et Affaires sociales, visitez le [www.hss.gov.yk.ca/fr/healthprivacy.php](http://www.hss.gov.yk.ca/fr/healthprivacy.php) ou envoyez un courriel à l'agent de la protection de la vie privée, à [healthprivacy@gov.yk.ca](mailto:healthprivacy@gov.yk.ca).