

CONFIDENTIAL INFORMATION FORM / FORMULAIRE D'INFORMATION CONFIDENTIELLE

FOR MCGILL UNIVERSITY STUDENT HEALTH SERVICES ONLY / POUR LES SERVICES DE SANTÉ DES ÉTUDIANTS DE L'UNIVERSITÉ MCGILL

P L E A S E P R I N T C L E A R L Y

BASIC INFORMATION / INFORMATION DE BASE

Faculty / Faculté			Major / Majeure			Student Number / Numéro de matricule						
						2	6					
Legal Last Name/ Nom légal						Legal First Name/Prénom légal						
Date of Birth / Date de naissance						Sex/Sexe (M/F)		Marital status / état civil				
YEAR/ANNÉE		MONTH/MOIS		DAY/JOUR		☐ F ☐ M		☐ Single ☐ Married				
Health card Number / no. d'assurance medicale				Expiry / Expiration				Province / Contract #				
				YEAR/ANNÉE		MONTH/MOIS						

SCHOOL YEAR ADDRESS / ADRESSE PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE

Civic # / No. Civic	Street / Rue		Appt	City / Ville
Province	Postal Code / Code Postal	Country / Pays		Tel / Tél
Cell		Email / Courriel		
		☐ @mail.mcgill.ca		

PERMANENT ADDRESS / ADRESSE PERMANENTE

Civic # / No. Civic	Street / Rue			Appt
City / Ville	Province	Postal Code / Code postal	Country / Pays	Tel / Tél

EMERGENCY CONTACT / PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Name of contact / Nom du contact	Relationship to you / Lien avec vous	TEL # / No. de Tel

ACKNOWLEDGEMENT OF THE APPLICABLE LAW AND TERRITORIAL JURISDICTION / ACCEPTATION DES LOIS APPLICABLES ET DE JURIDICION TERRITORIALE

The user/patient agrees that the relationship between himself/herself and physicians, nursing staff and laboratory technicians at Student Health Services of McGill University shall be governed by and construed in accordance with the laws of the Province of Quebec.

The user/patient acknowledges that the treatment/service was performed in the Province of Quebec and that the Courts of the Province of Quebec shall have jurisdiction to entertain any complaint, demand, claim or cause of action, whether based on alleged breach of contract or alleged negligence arising out of the treatment. The user/patient hereby agrees that he/she will commence any such legal proceedings in the Province of Quebec – and only in the Province of Quebec – and hereby submits to the exclusive jurisdiction of the Courts of the Province of Quebec.

Je conviens que ma relation avec les médecins, autres professionnels de la santé, techniciens de laboratoire et toute personne des SSE McGill sera interprétée conformément aux lois de la province de Québec.

Je reconnais que les traitements sont / ont été effectués dans la province de Québec et que les tribunaux de la province de Québec ont juridiction exclusive pour recevoir toute plainte, demande, réclamation ou base d'action, fondée sur des principes de droit contractuel ou sur une responsabilité civile alléguée en lien avec les traitements. J'accepte donc d'intenter toute poursuite judiciaire de cette nature uniquement dans la province de Québec et je reconnais la juridiction exclusive des tribunaux de la province de Québec.

USER/PATIENT SIGNATURE:	DATE:	WITNESS:

CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

(en vertu de l'article 67.2 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, L.R.Q. c. A-2.1)

Avec votre consentement, l'Université McGill (« **McGill** »), par l'entremise des Services de santé pour les étudiants (« **SSE McGill** »), communiquera vos renseignements médicaux et personnels à un tiers prestataire de services (le « **fournisseur** ») aux fins et de la manière indiquées ci-dessous. Ces renseignements personnels ne peuvent être légalement communiqués à un tiers votre consentement. Une fois signé, le présent formulaire de consentement sera stocké et archivé électroniquement par McGill. Vous pouvez révoquer ce consentement par écrit en tout temps en communiquant avec le SSE McGill.

Quels renseignements seront communiqués? Parmi les renseignements recueillis par le SSE McGill, mentionnons votre adresse et vos coordonnées personnelles, votre citoyenneté, vos lieu et date de naissance, votre plus proche parent, des détails concernant l'assurance maladie et tous les renseignements médicaux consignés dans votre dossier médical par des médecins, des infirmières ou d'autres professionnels de la santé.

Objectif de la communication des renseignements personnels : Par les présentes, vous consentez à ce que vos renseignements personnels et médicaux soient communiqués aux fins suivantes : (1) établir votre dossier médical électronique qui sera hébergé sur les serveurs du fournisseur en vue de vous offrir des soins de santé unifiés, (2) permettre à certains professionnels des SSE McGill d'avoir accès à votre dossier médical et de le communiquer à leurs collègues (3) archiver vos renseignements médicaux de manière conforme aux règlements visant les professionnels de la santé que vous consulterez à McGill.

Accès : Vous pouvez obtenir une copie des renseignements personnels et médicaux stockés par le fournisseur en communiquant avec le SSE McGill et en remplissant les formulaires pertinents d'autorisation de communication de renseignements personnels.

Conservation des dossiers : Vos renseignements personnels et médicaux seront stockés en permanence sur les serveurs du fournisseur à moins que vous ne révoquiez le présent consentement par écrit. Dans ce cas, tous vos renseignements seront supprimés des serveurs du fournisseur. Cependant, le SSE McGill devra conserver sur place un exemplaire de vos renseignements.

Communication des renseignements à des professionnels de la santé externes : Il est possible que vos renseignements personnels et médicaux soient communiqués à d'autres professionnels de la santé non rattachés à McGill si vous leur avez donné la permission d'y avoir accès (à condition que vous soyez un de leurs patients et que ces derniers soient des clients du fournisseur ou qu'ils exercent leur profession dans un établissement client du fournisseur) pendant ou après vos études à McGill.

Autres consentements : Tout consentement que vous aurez accordé sur des formulaires de consentement distincts permettra de faire par voie électronique (sur les serveurs du fournisseur) ce à quoi vous avez consenti initialement ou pourrez consentir à l'avenir.

Pour plus d'information à propos du présent consentement, veuillez consulter « Renseignements additionnels ».

Par les présentes, je consens à la divulgation de mes renseignements personnels conformément aux conditions décrites ci-dessus. Mon consentement est révoable.

DATE:		SIGNATURE:	
McGill ID:		NOM (en lettres moulées)	

Renseignements additionnels

Le prestataire de services : Le fournisseur est une société de technologies de l'information digne de confiance, établie au Québec, qui se spécialise dans les services de technologies liées à l'information médicale.

Confidentialité et sécurité : McGill a conclu avec le fournisseur un contrat écrit dans lequel sont décrites en détail les mesures de sécurité adoptées pour sauvegarder la confidentialité de vos renseignements personnels et médicaux. Chaque personne qui offre des services au fournisseur, notamment à titre d'employé, est liée par un accord de confidentialité. Le fournisseur a l'obligation de signaler à McGill toute violation ou tentative de violation de ses obligations en matière de confidentialité et de fournir des détails à ce sujet. Il est possible que le prestataire de services fasse l'objet d'une inspection de la part de McGill afin de vérifier s'il respecte ses engagements.

Corrections : Il est possible d'apporter des corrections à vos renseignements personnels et médicaux si (1) le professionnel de la santé qui vous a traité souhaite supprimer ces renseignements à condition qu'il ait le droit de le faire, ou si, (2) après avoir consulté votre professionnel de la santé des SSE McGill, ce dernier demande au fournisseur de corriger un renseignement erroné, incomplet ou périmé.