

Patient Enrolment and Consent to Release Personal Health Information

Inscription du patient et consentement à la divulgation de renseignements médicaux personnels

Your family doctor is a member of a primary health care **Patient Enrolment Model (PEM)**. Family doctors work in patient enrolment models to give you and your family continued access to quality primary health care services.

Enrolling with a family doctor who is participating in a PEM is your choice. If you choose to enrol, please fill out this form, using a **black or blue ball point pen**, as follows:

- To enrol **yourself** *complete Sections 1 & 3*
- To enrol **yourself** and up to **two** children under 16 years of age and/or dependent adults for whom you are a parent, legal guardian or attorney for personal care *complete Sections 1, 2 & 3*
- To enrol children under 16 years of age and/or dependent adults for whom you are a parent, legal guardian or attorney for personal care but **not yourself** *complete Sections 2 & 3*
- To enrol **more than two** children under 16 years of age or dependent adults for whom you are a parent, legal guardian or attorney for personal care *complete Sections 2 & 3 on a separate form*

Note: If the mailing address includes a post office box (P.O. Box), rural route (R.R.), or general delivery, you must also complete the residence address.

If your family doctor is not already identified or is incorrectly identified in Section 4, please print his or her name inside the box in Section 4.

Your family doctor will acknowledge your enrolment form in Section 4 and will provide you with a copy for your records.

For questions about enrolment and consent, filling out this form or to receive additional forms, please call INFOLine at 1 888 218-9929 (TTY 1 800 387-5559).

Votre médecin de famille fait maintenant partie d'un modèle d'inscription de patients (le « modèle ») pour les soins de santé primaires. Les médecins de famille travaillent au sein de tels modèles pour vous assurer, à vous et aux vôtres, un accès continu à des services de soins de santé primaires de qualité.

L'inscription auprès d'un médecin de famille participant à un tel modèle est facultative. Si vous décidez de vous inscrire, veuillez remplir le présent formulaire (*servez-vous d'un stylo à bille à encre bleue ou noire*) comme suit :

- Pour **vous** inscrire *remplissez les Parties 1 et 3*
- Pour **vous** inscrire et inscrire **un ou deux** enfants de moins de 16 ans et/ou des adultes à charge dont vous êtes parent, tuteur légal ou procureur aux soins de la personne *remplissez les Parties 1, 2 et 3*
- Pour inscrire des enfants de moins de 16 ans et/ou des adultes à charge dont vous êtes parent, tuteur légal ou procureur aux soins de la personne, mais **sans** vous inscrire vous-même *remplissez les Parties 2 et 3*
- Pour inscrire **plus de deux** enfants de moins de 16 ans ou des adultes à charge dont vous êtes parent, tuteur légal ou procureur aux soins de la personne *remplissez les Parties 2 et 3 sur un formulaire distinct*

Remarque : Si votre adresse postale est une case postale (CP), une route rurale (RR) ou la poste restante (PR), vous devez également remplir la section de l'adresse du domicile.

Si votre médecin de famille n'est pas déjà identifié ou l'est incorrectement à la Partie 4, veuillez écrire son nom en caractères d'imprimerie dans la case prévue à cette fin à la même Partie.

Votre médecin de famille accusera réception de votre formulaire d'inscription en remplissant la Partie 4 et il vous en remettra une copie pour vos dossiers.

Si vous avez des questions au sujet de l'inscription et du consentement, ou si vous voulez savoir comment remplir le formulaire ou en obtenir des exemplaires supplémentaires, veuillez appeler la Ligne INFO au 1 888 218-9929 (ATS : 1 800 387-5559).

PG06463



Please see reverse for more instructions. Veuillez consulter l'endos pour de plus amples directives.

Patient Enrolment and Consent to Release Personal Health Information
Inscription du patient et consentement à la divulgation de renseignements médicaux personnels

Instructions:

1. Remove this instruction page.
2. Separate the English and French form.
3. Complete either the English or French form.
4. Read the back of the form and Section 3 before signing it.
5. Discard the separating tissue and the unused form.
6. Return all copies of the completed form in the envelope provided.

Directives :

1. Retirer cette feuille de directives.
2. Séparer le formulaire français du formulaire anglais.
3. Remplir le formulaire français ou le formulaire anglais.
4. Lire le verso du formulaire ainsi que la Partie 3 avant de signer.
5. Jeter la feuille intercalaire et le formulaire non utilisé.
6. Renvoyer toutes les copies du formulaire rempli dans l'enveloppe fournie à cet effet.

Inscription du patient et consentement à la divulgation de renseignements médicaux personnels

Microfilm seulement

Veillez écrire en CARACTÈRES D'IMPRIMERIE au stylo noir ou bleu.

L'information contenue dans ce formulaire est régie par les paragraphes 6 (1) et (2) de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée* ainsi que les alinéas 4 (2) b) et f), les paragraphes 4.1 (1) et (2), l'article 10 et le paragraphe 11 (1) de la *Loi sur l'assurance-santé* L.R.O. 1990, c. H.6. Pour en savoir plus sur les pratiques de collecte des données, veuillez communiquer avec le directeur de la Direction de l'inscription et des demandes de règlement, case postale 48, 49, Place d'Armes, Kingston ON K7L 5J3, Ligne INFO 1 888 218-9929 ou écrire aux adresses des bureaux locaux du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Partie 1 - Je veux m'inscrire auprès du médecin de famille indiqué à la Partie 4

Nom de famille		Prénom		Deuxième prénom	
Numéro de carte Santé		Version		Adresse postale	
Date de naissance (aaaa/mm/jj)		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		App. Numéro et nom de la rue, ou case postale, route rurale, poste restante	
Envoyez-moi le courrier provenant du bureau de mon médecin de famille par :		Adresse du domicile		App. Numéro et nom de la rue, ou emplacement, concession et canton	
<input type="checkbox"/> Poste normale <input type="checkbox"/> Courrier électronique (si possible)		ou même adresse que l'adresse postale <input type="checkbox"/>		Ville/Municipalité Code postale	
Adresse de courrier électronique				Code postale	

Partie 2 - Je veux inscrire mon ou mes enfants de moins de 16 ans et/ou un ou des adultes à ma charge auprès du médecin de famille indiqué à la Partie 4

A Nom de famille		Prénom		Deuxième prénom	
Numéro de carte Santé		Version		Adresse postale	
Date de naissance (aaaa/mm/jj)		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		App. Numéro et nom de la rue, ou case postale, route rurale, poste restante	
Je suis		Adresse du domicile		App. Numéro et nom de la rue, ou emplacement, concession et canton	
<input type="checkbox"/> parent <input type="checkbox"/> tuteur légal <input type="checkbox"/> procureur aux soins de la personne		ou même adresse qu'à la Partie 1 <input type="checkbox"/>		Ville/Municipalité Code postale	

B Nom de famille		Prénom		Deuxième prénom	
Numéro de carte Santé		Version		Adresse postale	
Date de naissance (aaaa/mm/jj)		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		App. Numéro et nom de la rue, ou case postale, route rurale, poste restante	
Je suis		Adresse du domicile		App. Numéro et nom de la rue, ou emplacement, concession et canton	
<input type="checkbox"/> parent <input type="checkbox"/> tuteur légal <input type="checkbox"/> procureur aux soins de la personne		ou même adresse qu'à la Partie 1 <input type="checkbox"/>		Ville/Municipalité Code postale	

Partie 3 - Signature

J'ai lu et j'accepte l'engagement du patient; je consens à la divulgation de renseignements médicaux personnels et j'accepte les conditions d'annulation stipulées à l'endos de ce formulaire. Je reconnais que cette inscription ne constitue pas un contrat exécutoire et n'a pas pour but de créer de nouvelles obligations juridiques entre mon médecin de famille et moi.

Je signe au nom de (cochez toutes les personnes concernées)

Moi-même Enfant(s) Adulte(s) à charge

Nom du requérant
Nom

Prénom

Signature

Date (aaaa/mm/jj)

X

Téléphone à la maison

Téléphone au travail

()

()

Partie 4 - Renseignements sur le médecin de famille

PG06463

(Indiquer le numéro de facturation et le numéro de groupe)

Signature du médecin de famille

Date (aaaa/mm/jj)

X

Inscription du patient et consentement à la divulgation de renseignements médicaux personnels

Engagement du patient

Je m'engage à communiquer avec mon médecin de famille (ou, le cas échéant, le réseau auquel il appartient ou le Service téléphonique d'aide médicale si ce service m'est offert) lorsque mon ou mes enfants inscrits, un ou des adultes à ma charge inscrits ou moi-même nécessiterons des avis ou des soins médicaux primaires. Je m'engage à toujours le faire, sauf en cas d'urgence ou si je voyage à l'extérieur.

Je m'engage à communiquer avec le bureau de mon médecin de famille ou le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (voir ci-dessous) et à les informer de notre nouvelle adresse et de notre nouveau numéro de téléphone, si moi-même ou les personnes à ma charge déménageons.

Je reconnais que je peux mettre fin à mon inscription auprès de mon médecin de famille et m'inscrire auprès d'un autre médecin dans un délai de six semaines après la date à laquelle j'ai signé ce formulaire (ou immédiatement, si j'ai déménagé). Cependant, je m'engage à ne pas m'inscrire auprès d'un nouveau médecin de famille plus de deux fois l'an.

Je reconnais que ma signature en première page de ce formulaire, lors de l'inscription d'un enfant de moins de 16 ans ou d'un adulte à ma charge, signifie que je consens aux conditions en leur nom. Quand un enfant inscrit atteindra 16 ans, le ministère communiquera avec lui afin de confirmer son inscription/consentement auprès du médecin de famille.

Consentement à la divulgation de renseignements médicaux personnels

Je reconnais que mon médecin de famille sera plus apte à m'offrir un meilleur soutien médical si je lui permets ainsi qu'au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de partager des renseignements appropriés et pertinents concernant ma santé.

Je consens à ce que mon médecin de famille, d'autres médecins de famille appartenant au même modèle d'inscription de patients (le cas échéant) et le ministère partagent l'information relative à mon inscription contenue dans ce formulaire.

Je consens à ce que mon médecin de famille et le ministère partagent mes nom, adresse et numéro de téléphone.

Je permets au ministère de divulguer les renseignements particuliers suivants à mon médecin de famille :

- dates d'immunisation (vaccin antigrippal, etc.);
- dates de tests de dépistage préventifs (tests Pap, mammographies, etc.);
- dates des soins prodigués, coûts payés et codes de coût de soins de santé primaires qui m'ont été prodigués par un médecin de famille à l'extérieur du modèle d'inscription de patients dont fait partie mon médecin de famille, le cas échéant.

Je permets à mon médecin de famille et au ministère de transmettre au Service téléphonique d'aide médicale désigné (si le service m'est offert), uniquement les renseignements suivants : mes nom, numéro de carte Santé et code de version, adresse, date de naissance et sexe.

Je reconnais que mon consentement à la divulgation de renseignements médicaux personnels se termine dans l'une ou l'autre des circonstances suivantes :

- mon inscription auprès de mon médecin de famille prend fin;
- j'annule mon consentement par écrit ou en téléphonant au ministère (voir le numéro de téléphone ci-dessous).

Le ministère informera mon médecin de famille lorsque mon consentement n'est plus valide. Cependant, je reconnais que les renseignements déjà divulgués à mon médecin de famille demeureront dans mon dossier médical.

Conditions d'annulation

Mon inscription auprès de mon médecin de famille et mon consentement à la divulgation de renseignements médicaux personnels prennent fin dans l'une ou l'autre des circonstances suivantes :

- a) j'annule mon inscription en écrivant à mon médecin de famille ou en écrivant ou en téléphonant au ministère (*voir ci-dessous*);
- b) je n'ai plus droit aux services de soins régis par la *Loi sur l'assurance-santé* (Ontario);
- c) le modèle d'inscription de patients auquel appartient mon médecin de famille n'existe plus;
- d) mon médecin de famille cesse d'agir en cette capacité, conformément aux directives de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario;
- e) je m'engage auprès d'un autre médecin de famille;
- f) le ministère autorise une absence prolongée.

Mon inscription envers mon médecin de famille et mon consentement à la divulgation de renseignements médicaux personnels peuvent se terminer dans l'une ou l'autre des circonstances suivantes :

- a) je manque régulièrement aux obligations de l'engagement du patient, auxquelles j'avais consenties (*voir au début*);
- b) mon médecin de famille quitte le modèle d'inscription de patients;
- c) je deviens pensionnaire d'un établissement de soins de longue durée;
- d) je suis détenu(e) dans un établissement correctionnel fédéral ou provincial;
- e) je déménage dans une région où le modèle d'inscription de patients auquel appartient mon médecin de famille ne dispense pas de soins de façon continue.

Pour en savoir plus :

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Case postale 48, centre postal Main
Kingston ON K7L 9Z9

Téléphone : INFOligne 1 888 218-9929
ATS 1 800 387-5559