



## **The Door– Un centre d'alternatives, Inc. Centre de santé des adolescents**

### **Avis sur les pratiques en matière de confidentialité**

Le Centre de santé de l'adolescent protège toutes vos informations personnelles avec des mesures de protection spéciales. Seuls les employés autorisés qui ont besoin de l'information pour l'exécution de leur travail et le service qui vous est rendu peuvent les voir. Ils sont régulièrement formés à la bonne gestion de vos dossiers.

#### **Vos droits**

Vous avez le droit de :

- Obtenez une copie de votre dossier médical papier ou électronique
- Corrigez votre dossier médical papier ou électronique
- Demander une communication confidentielle
- Nous demander de limiter les informations que nous partageons
- Obtenez une liste des personnes avec lesquelles nous avons partagé vos informations
- Obtenez une copie de cet avis de confidentialité
- Choisissez quelqu'un pour agir en votre nom
- Déposez une plainte si vous estimez que vos droits à la vie privée ont été violés

#### **Vos choix**

Vous avez certains choix dans la façon dont nous utilisons et partageons les informations lorsque nous :

- Parlez de votre maladie à votre famille et à vos amis
- Fournir des secours en cas de catastrophe
- Vous inclure dans un annuaire hospitalier
- Fournir des soins de santé mentale
- Commercialiser nos services et vendre vos informations
- Collecter des fonds

#### **Nos utilisations et divulgations**

Nous pouvons utiliser et partager vos informations dans les circonstances suivantes :

- Vous faire plaisir
- Diriger notre organisation
- Facturer vos services
- Aide en matière de santé et de sécurité publiques
- Faire des recherches
- Se conformer à la loi
- Répondre aux demandes de don d'organes et de tissus
- Travailler avec un médecin légiste ou un directeur de funérailles
- Répondre aux demandes d'indemnisation des travailleurs, d'application de la loi et d'autres demandes gouvernementales
- Répondre aux poursuites et actions en justice

Acopie intégrale de l'Avis sur les pratiques en matière de protection de la vie privée peut être obtenue à la réception.

**Nom du patient (en caractères d'imprimerie) :**

**Système # :** \_\_\_\_\_

**Signature du patient :**

**Date:** \_\_\_\_\_