



The Door – A Center of Alternatives, Inc.

Adolescent Health Center

AVIS DE PRATIQUES DE CONFIDENTIALITÉ

Le Centre de santé pour adolescents protège toutes vos informations personnelles avec des mesures de sécurité spéciales. Seuls les employés autorisés ayant besoin de ces informations pour accomplir leur travail et vous fournir des services peuvent y accéder. Ils reçoivent régulièrement une formation sur la gestion appropriée de vos dossiers.

Vos droits

Vous avez le droit de :

- Obtenir une copie de votre dossier médical papier ou électronique
- Corriger votre dossier médical papier ou électronique
- Demander des communications confidentielles
- Demander que nous limitions les informations que nous partageons
- Obtenir une liste des personnes ou entités avec lesquelles nous avons partagé vos informations
- Obtenir une copie de cet avis de confidentialité
- Désigner une personne pour agir en votre nom
- Déposer une plainte si vous pensez que vos droits en matière de confidentialité ont été violés

Vos choix

Vous avez certains choix quant à la façon dont nous utilisons et partageons vos informations lorsque nous :

- Informons votre famille et vos amis de votre état
- Fournissons une aide en cas de catastrophe
- Vous incluons dans un annuaire d'hôpital
- Fournissons des soins de santé mentale
- Promouvons nos services et vendons vos informations
- Collectons des fonds

Nos utilisations et divulgations

Nous pouvons utiliser et partager vos informations pour :

- Vous fournir des soins
- Gérer notre organisation
- Facturer vos services
- Aider aux questions de santé publique et de sécurité
- Effectuer des recherches
- Respecter 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 liées à l'indemnisation des travailleurs, aux forces de l'ordre et à d'autres organismes gouvernementaux
- Répondre aux poursuites et actions en justice.

Une copie complète de l'Avis de pratiques de confidentialité peut être obtenue à la réception.

Nom du patient (en lettres moulées) : _____ **Système :** _____

Signature du patient : _____ **Date :** _____