

## Demande de rectification de renseignements personnels sur la santé et autres renseignements personnels

**Information et directives** – L'Hôpital communautaire de Cornwall rectifiera des renseignements personnels sur la santé et autres renseignements personnels s'il est démontré, à sa satisfaction, que le dossier qui les contient est inexact ou incomplet aux fins auxquelles l'Hôpital recueille, utilise ou divulgue les renseignements. L'Hôpital fera tous les efforts nécessaires pour répondre à votre demande dans les meilleurs délais. Veuillez remplir les parties A et B du présent formulaire. La partie C est réservée à l'usage interne. Pour obtenir des renseignements sur nos pratiques de protection de la vie privée, communiquez avec notre personne-ressource en la matière au 613 938-4240, poste 4700.

### PARTIE A: RENSEIGNEMENTS SUR L'AUTEUR DE LA DEMANDE

**Coordonnées :**

Nom de famille	Prénom	Initiales
Adresse postale		
Numéro de téléphone	Date de naissance	

Si vous êtes un mandataire spécial, vos coordonnées :

Nom de famille	Prénom	Initiales
Adresse postale		
Numéro de téléphone		

**Nota :** Veuillez annexer des doubles des documents qui prouvent que vous êtes mandataire spécial autorisé.

### PARTIE B : DEMANDE DE RECTIFICATION (DÉCLARATION DE DÉSACCORD)

1. Veuillez énumérer ou annexer la rectification demandée et les raisons de celle-ci.

Rectification demandée	Raisons de la rectification

2. Comment souhaitez-vous obtenir l'avis de rectification (par écrit ou par téléphone)?

---

3. Voulez-vous que nous donnions l'avis de rectification, dans la mesure du possible, aux autres personnes ou entités à qui nous avons divulgué les renseignements inexactes? (Nous le ferons uniquement si cet avis a des effets sur vos soins de santé ou est à votre avantage.) ☐ Oui ☐ Non

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Nom (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Titre

Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis en vertu des paragraphes 38 (2) et 41 (1) de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, L.R.O. 1990, chap. F.31 et ne seront pas utilisés à d'autres fins que celles énoncées dans le présent formulaire sans votre consentement. Si vous avez des questions au sujet des renseignements personnels vous concernant, veuillez communiquer avec le représentant de l'accès à l'information au 613 938-4240, poste 4700.

## Demande de rectification de renseignements personnels sur la santé et autres renseignements personnels

### PARTIE C : RÉPONSE À LA DEMANDE DE RECTIFICATION (réservée à l'usage interne)

- ☐ Dossier rectifié
- ☐ Dossier non rectifié
- ☐ Lettre de refus (avec raisons) envoyée
- ☐ Déclaration de désaccord annexée au dossier
- ☐ Date de la réponse \_\_\_\_\_

1. Noms, coordonnées et commentaires de toutes les personnes consultées

\_\_\_\_\_

2. Si la rectification n'a pas été faite, veuillez en donner les raisons :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Si une prolongation du délai pour répondre à la demande a été demandée, veuillez indiquer :

Date de la prolongation	Raison de la prolongation	Date où le patient a été informé de la prolongation

4. Énumérez les personnes ou entités à qui les renseignements inexacts avaient été divulgués et à qui l'avis de rectification a été envoyé :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Traité par :

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Nom (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Titre