

Consent for Sharing of Personal Health Information

CENTRAL INTAKE

Audiology,
Occupational Therapy,
Physiotherapy and
Speech-Language Pathology
1155 Notre Dame
Winnipeg, MB R3E 3G1
Ph: 204-258-6550
Fax: 204-258-6799

In partnership with the
Children's Therapy Initiative –
Winnipeg (CTI-Wpg)



CTI-Wpg Partners:

**Canadian National Institute
for the Blind (CNIB)**
Occupational Therapy
204-774-5421

**Central Speech & Hearing
Clinic Inc.**
Audiology
Auditory Verbal Therapy
204-275-7436

Health Sciences Centre
Audiology
Speech-Language Pathology
204-787-1916

**Rehabilitation Centre for
Children (RCC)**
Occupational Therapy
Physiotherapy
Speech-Language Pathology
204-452-4311

**Society for Manitobans with
Disabilities (SMD)**
Communication Centre for
Children
204-975-3062
Outreach Therapy for
Children
204-975-3265

St. Amant
Outreach Therapy for
Children
204-256-4301

St. Boniface Hospital
Occupational Therapy
Physiotherapy
Speech-Language Pathology
204-237-2131

**Winnipeg Regional Health
Authority (WRHA)**
Audiology
Speech-Language Pathology
204-258-6550

Child's Name:	PHIN #:
Birthdate: (D/M/Y)	MHSC #:

SHARING OF PERSONAL HEALTH INFORMATION:

- I understand that some personal health information may need to be shared for the purposes of providing health services, doing assessments and planning, and developing programs that will help my child and/or our family.
- The information shared may include demographic information (name and address), information about my child's diagnosis and treatment, health care history, results of x-rays and other tests, and/or information about my family. This information may be shared verbally or in writing. Only the information that is needed to plan my child's therapy will be shared.

I hereby give permission to the CTI-Wpg partner agencies (CNIB, Central Speech & Hearing Clinic Inc., Health Sciences Centre, RCC, SMD, St. Amant, St. Boniface Hospital and the WRHA) to share the personal health information of the child named above with the service providers indicated below, as required for the delivery of services.

<input type="checkbox"/>	Physician or Pediatrician: (name, address & telephone number)
<input type="checkbox"/>	Child Development Clinic / Neonatal Follow-up Program: (name, address & telephone number)
<input type="checkbox"/>	Manitoba FASD Centre: (name, address & telephone number)
<input type="checkbox"/>	Service Coordinator: (name, address & telephone number) <input type="checkbox"/> Children's disAbility Services <input type="checkbox"/> Society for Manitobans with Disabilities <input type="checkbox"/> Child & Family Services: (specify agency) <input type="checkbox"/> Other:
<input type="checkbox"/>	Audiologist: (name, address & telephone number)
<input type="checkbox"/>	School Division/Education Support Services: (name, address & telephone number)
<input type="checkbox"/>	Child Care Centre, Nursery School or School: (name, address & telephone number)
<input type="checkbox"/>	Private Clinician: (name, address & telephone number) <input type="checkbox"/> Occupational Therapist: <input type="checkbox"/> Physiotherapist: <input type="checkbox"/> Speech Language Pathologist:
<input type="checkbox"/>	Child Development Counselor: (name, address & telephone number)
<input type="checkbox"/>	Foster Family: (name, address & telephone number)

Others: (Please provide name, type of service provider, address and telephone number) _____

I do not give permission for information to be shared with: _____

In the process of obtaining/gathering information about my child, it may be necessary to provide a copy of this form to a service provider listed above. By doing this, I understand that they will become aware of other service providers on this list. _____ Initial

This consent for sharing of personal health information is valid as long as my child is receiving therapy from a CTI-Wpg partner agency. Parents / legal guardians may request changes at any time.

Signature of Parent(s)
or Legal Guardian: _____ Date: _____

Printed Name of Parent(s)/Legal Guardian: _____ Relationship: _____

Signature of Witness: _____ Date: _____

Consentement à la communication des renseignements médicaux personnels

ACCUEIL CENTRALISÉ
 Audiologie,
 ergothérapie, physiothérapie
 et orthophonie
 1155, av. Notre Dame
 Winnipeg (Manitoba)
 R3E 3G1
 Tél. : 204 258-6550
 Téléc. : 204 258-6799

En partenariat avec l'Initiative
 de thérapie pédiatrique –
 Winnipeg (CTI-Wpg)



Partenaires de la CTI-Wpg :

**Institut national canadien
 pour les aveugles (INCA)**
 Ergothérapie
 204 774-5421

**Central Speech & Hearing
 Clinic Inc.**
 Audiologie
 Thérapie audio-verbale
 204 275-7436

**Centre des sciences de la
 santé (HSC)**
 Audiologie
 Orthophonie
 204 787-1916

**Rehabilitation Centre for
 Children (RCC)**
 Ergothérapie
 Physiothérapie
 Orthophonie
 204 452-4311

**Society for Manitobans with
 Disabilities (SMD)**
 Centre de communication
 pour enfants
 204 975-3062
 Thérapie externe pour enfants
 204 975-3265

St. Amant
 Thérapie externe pour enfants
 204 256-4301

Hôpital Saint-Boniface
 Ergothérapie
 Physiothérapie
 Orthophonie
 204 237-2131

**Office régional de la santé
 de Winnipeg (ORSW)**
 Audiologie
 Orthophonie
 204 258-6550

Approuvé : 6 mai 2008
 Révision : 14 juin 2016

Nom de l'enfant : _____ **N° NIMP :** _____

Date de naissance : (J/M/A) _____ **N° CSSM :** _____

COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS :

- Je comprends qu'il sera nécessaire de communiquer certains renseignements médicaux personnels pour assurer la prestation de services de santé, les évaluations et la planification, et l'élaboration de programmes qui aideront mon enfant et/ou ma famille.
- Parmi d'autres, les renseignements suivants peuvent être communiqués : renseignements démographiques (nom et adresse), renseignements concernant le diagnostic et le traitement de mon enfant, antécédents médicaux, résultats de radiographies et d'autres tests et/ou renseignements concernant ma famille. Ces renseignements peuvent être communiqués oralement ou par écrit. Seuls les renseignements nécessaires à la planification de la thérapie de mon enfant seront communiqués.

Par la présente, j'autorise les partenaires de l'Initiative de thérapie pédiatrique (INCA, Central Speech & Hearing Clinic Inc., Centre des sciences de la santé (HSC), RCC, SMD, St. Amant, Hôpital Saint-Boniface, ORSW) à communiquer, au besoin, les renseignements médicaux personnels de l'enfant susnommé aux fournisseurs de service figurant ci-dessous pour la prestation de services.

Médecin ou pédiatre : (nom, adresse et n° de téléphone) _____

Clinique de développement de l'enfant / Programme de suivi néonatal : (nom, adresse et n° de téléphone) _____

Manitoba FASD Centre (Centre manitobain de l'Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale) : (nom, adresse et n° de téléphone) _____

Coordonnateur des services : (nom, adresse et n° de téléphone)

Services aux enfants handicapés
 Society for Manitobans with Disabilities
 Services à l'enfant et à la famille : (précisez l'organisme)
 Autre : _____

Audiologiste : (nom, adresse et n° de téléphone) _____

Division scolaire / Services d'aide à l'éducation : (nom, adresse et n° de téléphone) _____

Garderie, Prématernelle ou École : (nom, adresse et n° de téléphone) _____

Clinicien privé : (nom, adresse et n° de téléphone)

Ergothérapeute :
 Physiothérapeute :
 Orthophoniste :

Conseiller en développement de l'enfant : (nom, adresse et n° de téléphone) _____

Famille d'accueil : (nom, adresse et n° de téléphone) _____

Autre : (nom, type de fournisseur de service, adresse et n° de téléphone) _____

Je n'autorise pas la communication des renseignements à : _____

Pendant le processus d'obtention/de récolte de renseignements sur mon enfant, il peut être nécessaire de fournir une copie de ce formulaire à un des fournisseurs de service susmentionnés. Ce faisant, je comprends que celui-ci prendra connaissance des autres fournisseurs de service sur la liste. _____ Initiales

Le présent consentement à la communication des renseignements médicaux personnels sera en vigueur pour la durée de la thérapie que reçoit mon enfant d'un organisme partenaire de l'Initiative de thérapie pédiatrique de Winnipeg. Les parents ou le tuteur peuvent demander des modifications en tout temps.

Signature du (des) parent(s)/tuteur : _____ Date: _____

Nom en lettres moulées du (des) parent(s)/tuteur : _____ Lien: _____

Signature du témoin : _____ Date: _____