

## **Formulaire de consentement pour le traitement des renseignements personnels**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, autorise [nom de l'entité] à collecter, à utiliser, à conserver et à communiquer des renseignements personnels me concernant de la façon décrite dans le présent formulaire.

Je comprends que, dans le cadre de mon utilisation des services d'optométrie de [nom de l'entité], les renseignements personnels me concernant suivants pourront être collectés, utilisés, conservés et communiqués :

- a. Prénom et nom de famille
- b. Sexe
- c. Langue
- d. Coordonnées (p. ex., adresse, numéro de téléphone)
- e. Renseignements de paiement (p. ex., renseignements bancaires, renseignements relatifs à ma carte de crédit ou carte de débit)
- f. Renseignements personnels de santé (p. ex., antécédents médicaux, y compris les affections médicales existantes, prescriptions, problèmes de vision, résultats d'examens médicaux)

Je comprends que mes renseignements personnels seront collectés aux fins suivantes :

1. Traitement. [Nom de l'entité] peut utiliser ou communiquer mes renseignements personnels à des fins liées à mon traitement, y compris des examens optométriques et d'autres services de santé que je demande.
2. Paiement. [Nom de l'entité] peut utiliser ou communiquer mes renseignements personnels afin de faciliter les paiements, y compris la facturation, le traitement des paiements, la soumission de réclamations d'assurance et la divulgation à des agences de renseignements sur le consommateur.
3. Activités commerciales. [Nom de l'entité] peut utiliser ou divulguer des renseignements personnels me concernant pour le bénéfice de ses activités

commerciales, y compris l'assurance de la qualité des services et les activités concernant la conformité de l'entreprise.

Je comprends que [nom de l'entité] peut communiquer mes renseignements personnels aux tiers suivants dans le cadre des fins énoncées :

- a) à l'optométriste, l'ophtalmologue, l'opticien ou à d'autres fournisseurs de soins de santé me traitant
- b) à ses distributeurs, fournisseurs de services ou consultants, nommément [Remarque : à compléter]
- c) à un membre de la famille, à un ami ou à une autre personne dans la mesure nécessaire pour m'aider avec mon traitement ou le paiement comme décrit ci-dessus, et seulement si je fournis mon consentement exprès à [nom de l'entité]

Je comprends que si j'ai besoin d'aide pour comprendre le consentement demandé et ses conséquences, si je souhaite exercer mon droit d'accéder à mes renseignements personnels ou de les rectifier, ou si je désire retirer mon consentement en tout temps, je peux communiquer avec le responsable de la protection de la vie privée de [nom de l'entité] au [•]. Vous trouverez de plus amples renseignements ici [insérer le lien vers la politique de confidentialité.]

Je comprends que ce consentement restera valable jusqu'à ce qu'il ne soit plus requis aux fins indiquées ou si je le retire. Je comprends que [nom de l'entité] demandera un nouveau consentement uniquement si ces fins changent ou si de nouvelles collectes, utilisations ou communications sont mises en œuvre.

- Je **consens** à la collecte, à l'utilisation et à la communication de mes renseignements personnels tel que décrit dans le présent formulaire.
- Je **ne consens pas** à la collecte, à l'utilisation et à la communication de mes renseignements personnels tel que décrit dans le présent formulaire.

Je reconnais avoir lu et compris la politique de confidentialité.

Signature du participant ou du tuteur légal \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées du participant \_\_\_\_\_