



Scannez pour une vidéo de ce document en français.



**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.

## District de la santé publique de Champaign-Urbana

### Politiques et entente de confidentialité de la santé maternelle et infantile (MCH)

**Nom du client :** \_\_\_\_\_ **Date de Naissance :** \_\_\_\_\_

**Parent/tuteur :** \_\_\_\_\_

Pendant mon inscription aux programmes de santé maternelle et infantile du Champaign-Urbana Public Health District (CUPHD), y compris WIC, Better Birth Outcomes, et APORS. J'autorise le CUPHD et ses employés à fournir les services suivants dans chaque section en apposant mes initiales sur chaque section que j'accepte. Je comprends également que ces services sont volontaires et qu'ils ne sont pas obligatoires pour participer au programme WIC. Le refus de consentir à l'une ou l'autre des sections ci-dessous n'affectera pas l'admissibilité au programme WIC.

Je donne la permission au CUPHD de me fournir des services, à moi ou à l'enfant, et de divulguer des renseignements à mon ou mes fournisseurs de soins de santé. Je comprends qu'il est de ma responsabilité de consulter un médecin si on me le dit ou si j'ai d'autres préoccupations concernant ma santé ou celle de mon enfant. J'accepte l'entière responsabilité de mes soins et de mon traitement et je décharge le CUPHD et le personnel de toute responsabilité pour tout résultat indésirable qui pourrait survenir en raison de mon refus de voir l'évaluation médicale et le traitement recommandés.

Je consens à ce que le CUPHD et ses employés effectuent des examens de laboratoire (y compris l'hémoglobine - gratuit pour le programme WIC), des dépistages, des évaluations et des tests physiques, développementaux et socio-affectifs nécessaires pour déterminer mon état de santé général ou celui de mon enfant pendant la durée d'inscription au programme WIC et/ou au programme Better Birth Outcomes.

J'autorise le paiement de prestations d'assurance à CUPHD pour les services professionnels médicaux, y compris les services de soutien à l'allaitement, ainsi que de dépistages du développement, de la dépression périnatale et de la dépression post-partum (utilisé pour les programmes de Better Birth Outcomes et APORS).

Je comprends également qu'il peut être nécessaire de divulguer ces renseignements à d'autres fournisseurs qui fournissent également des soins ou à d'autres organismes auxquels il peut être nécessaire de s'adresser. Exemple : médecin, services de santé mentale, services d'intervention précoce, écoles, etc. Les renseignements divulgués peuvent porter sur la santé mentale, les troubles du développement, l'abus d'alcool et/ou de drogues, l'information sur la santé reproductive, les agressions sexuelles, les handicaps des adultes, les maladies sexuellement transmissibles et les maladies infectieuses, y compris le VIH/sida, etc. Le refus de consentir à la divulgation de renseignements fera en sorte que ces documents confidentiels ne seront pas divulgués.

\_\_\_\_\_ Je reconnais les informations divulguées dans la politique de confidentialité et j'ai également reçu une copie écrite de la politique de confidentialité ainsi qu'une explication verbale de la politique de confidentialité.

\_\_\_\_\_ J'ai lu et compris les conditions ci-dessus de la présente autorisation et j'autorise par la présente, sciemment et volontairement, les programmes MCH qui inclue WIC et Better Birth Outcomes à utiliser ou à divulguer mes renseignements sur la santé de la manière décrite ci-dessus.

\_\_\_\_\_ je consens à recevoir des **courriels** du personnel de CUPHD.

Mon adresse e-mail est : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ je consens à recevoir des **messages textes** du personnel de CUPHD.

Mon numéro de téléphone est : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature du patient/parent/tuteur

\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

Témoin

\_\_\_\_\_

Date

Cette institution est un prestataire qui adhère au principe de l'égalité des chances.

Consentement de MCH pour les services. Dernière mise à jour : Avril 2025