



CONSENT FOR THE SHARING OF COUNSELLING INFORMATION FOR EXTERNAL CLINICAL SUPERVISION CONSENTEMENT À LA TRANSMISSION DE RENSEIGNEMENTS DE COUNSELING AUX FINS DE SUPERVISION CLINIQUE EXTERNE

I, _____
 consent to the sharing of:

- my counselling notes
- the counselling notes of _____
name of client (e.g. child)

from ____/____/____ to ____/____/____
DD MM YYYY DD MM YYYY

BY (name, title of counsellor releasing the information):

TO (name, title, address, association of mentor/supervisor):

IN ORDER TO (fill in the purpose, i.e. counsellor being mentored;
 fulfill mentoring/supervision requirements of program):

I understand I may set conditions or instructions around the sharing of my information specific to this issue. I have indicated specific conditions/instructions below:

- N/A
- _____

(Attach separate piece of paper if needed)

I understand that the information may be shared verbally or in writing. Only the information that is needed in order to carry out the purpose identified will be shared.

I understand that the personal health information is being protected under the *Health Information Act* and will not be used or disclosed unless allowed or required by this Act or another Act.

Je, _____
 consens à la transmission :

- de mes notes de counseling
- des notes de counseling de _____
nom du client (p. ex. enfant)

du ____ - ____ - ____ au ____ - ____ - ____
JJ MM AAAA JJ MM AAAA

PAR (nom, titre du conseiller qui divulgue les renseignements) :

À (nom, titre, adresse, association de mentors ou de superviseurs) :

EN VUE DE (inscrire l'objectif, c.-à-d. d'assurer le mentorat d'un conseiller; de répondre à des exigences de mentorat/de supervision d'un programme) :

Je comprends que je peux fixer des conditions ou donner des instructions sur la transmission des renseignements dans le cadre de cette collecte. Je précise mes conditions ou mes instructions ci-dessous :

- S. O.
- _____

(joindre une feuille séparée au besoin)

Je comprends que les renseignements pourront être transmis oralement ou par écrit. Nous ne transmettons que les renseignements requis pour atteindre l'objectif défini.

Je comprends que les renseignements personnels sur ma santé sont protégés en vertu de la *Loi sur les renseignements sur la santé* et qu'ils ne seront pas utilisés ni divulgués, à moins que cette loi ou une autre ne l'autorise ou ne l'oblige.



**CONSENT FOR THE SHARING OF COUNSELLING INFORMATION FOR EXTERNAL CLINICAL SUPERVISION
CONSETEMENT À LA TRANSMISSION DE RENSEIGNEMENTS DE COUNSELING AUX FINS DE SUPERVISION
CLINIQUE EXTERNE**

I understand this consent is valid until _____
and that I may withdraw my consent MM/YYYY
at any time.

Je comprends que le présent consentement est valide jusqu'au mois
de _____ et que je peux le retirer à tout moment.
MM-AAAA

Signature of Client/Guardian

Signature du client ou d'un tuteur

Date

Date

Signature of Witness

Signature du témoin

Date

Date