

**Les prestataires de soins de santé peuvent documenter un consentement verbal volontaire ou adapter ce formulaire modèle avant de l'utiliser.**

### **Consentement à la participation au Registre d'immunisation municipal (CIR) pour les personnes âgées d'au moins 19 ans**

Le Registre d'immunisation municipal (Citywide Immunization Registry, CIR) de la ville de New York est un système informatique confidentiel permettant aux utilisateurs autorisés d'accéder aux dossiers d'immunisation d'une personne. Des lois strictes, tant au niveau fédéral qu'au niveau de l'état, protègent la confidentialité des renseignements personnels contenus dans le système. Voici quelques avantages de la participation au CIR :

- Votre prestataire de soins de santé peut utiliser le CIR pour s'assurer que vous recevez toutes les immunisations nécessaires, ainsi que tout autre traitement médical recommandé.
- Le CIR offre un dossier permanent et facilement accessible de vos immunisations.

La participation au CIR est volontaire pour les personnes âgées d'au moins 19 ans. Vous ne serez donc pas inscrit(e) à moins d'avoir rempli ce formulaire de consentement. Si vous souhaitez y participer, veuillez lire attentivement la déclaration ci-dessous et signer dans l'espace prévu à cet effet. Pour de plus amples renseignements sur ce consentement, veuillez appeler le 347 396 2400.

#### **Déclaration de Consentement**

Je donne mon consentement pour que \_\_\_\_\_ (nom du médecin ou de l'organisation) dévoile mes immunisations et mes données d'identification au Registre des immunisations municipal (CIR) de la ville de New York. Je comprends que le CIR a pour objectif d'aider dans le cadre de mes soins médicaux et d'enregistrer les immunisations que j'ai reçues ou que je recevrai à l'avenir. Les informations sur mon immunisation peuvent potentiellement être utilisées par le Département de la santé et de l'hygiène mentale de la ville de New York à des fins d'amélioration de la qualité, de recherche épidémiologique, et de contrôle des maladies. Les renseignements utilisés pour l'amélioration de la qualité et à des fins de recherche seront dépourvus de mes renseignements personnels.

Les informations d'immunisation se trouvant dans le CIR peuvent être divulguées aux entités suivantes : moi-même, ma compagnie d'assurance maladie, les départements de santé au niveau de l'état et au niveau local, l'école à laquelle je suis inscrit(e), et les prestataires médicaux autorisés à me prodiguer des soins de santé.

Je comprends qu'il n'y aura aucun effet sur mon traitement, mon paiement ou ma souscription aux allocations si je choisis de ne pas m'inscrire au CIR. Ce consentement peut être retiré à tout moment au moyen du formulaire qui m'a été fourni. Les renseignements sur les immunisations reçus par le CIR avec mon consentement demeureront dans le CIR si je choisis plus tard de retirer mon consentement. Cependant, mes immunisations futures ne seront pas enregistrées au CIR si je retire mon consentement.

\_\_\_\_\_  
Nom en caractères d'imprimerie

\_\_\_\_\_  
Date de naissance

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date