



**TAKE OUR KIDS TO WORK AGREEMENT**

I \_\_\_\_\_ ("Responsible Adult") wish to bring \_\_\_\_\_ ("Student")  
LAST NAME FIRST NAME LAST NAME FIRST NAME  
 to \_\_\_\_\_ ("Site") on \_\_\_\_\_ in order to participate in the "Take Our Kids  
WRHA FACILITY/SITE/PROGRAM/CLINIC D D M M Y Y Y Y  
 to Work" day. The Student will be present with me at the following location(s) within the Site:

1. I, the Responsible Adult, have signed a WRHA Pledge of Confidentiality as required by *The Personal Health Information Act* (PHIA) and agree to arrange for the Student to:
  - (a)  Attend a PHIA orientation session: OR
  - (b)  Explain to the Student that "personal health information" includes verbal or recorded information about:
    - an individual's name, health, health care history (including genetic information about the individual or the individual's family), financial position, home conditions, domestic difficulties, or any other private matters relating to the individual;
    - the provision of health care to the individual. Individuals include co-workers or families of co-workers when they are receiving health care from a facility, site or program within the WRHA;
    - payment for an individual's health care, Personal Health Information Number (PHIN) (or any other identifying number, symbol, or particular assigned to an individual)

I, the Responsible Adult, will also ensure that:

  - (c) Permission is obtained directly from any individual allowing the Student to be present during the provision of health care services to the individual. I understand that neither the Student nor I can be present when permission is requested so that the individual has every opportunity to refuse permission;
  - (d) Only the minimum amount of personal health information the Student "needs to know" will be shared with the Student. (for example, the Student may need to know that a lung x-ray is being performed to check for pneumonia or giving chemotherapy for leukemia but the Student does not need to know the individual's name); and
  - (e) the Student is at all times supervised while involved in the "Take Our Kids to Work" day.
2. I, the Student understand that personal health information that is seen or heard at the site must be kept confidential.

**Additional Terms and Conditions required by the Site, if any:**

STUDENT	RESPONSIBLE ADULT
Name ( <i>print</i> ) _____ <small>LAST NAME FIRST NAME</small>	Name ( <i>print</i> ) _____ <small>LAST NAME FIRST NAME</small>
Signature _____	Signature _____
School _____	Title _____

REQUEST APPROVED BY	
Name ( <i>print</i> ) _____ <small>LAST NAME FIRST NAME</small>	Signature _____
Site _____ <small>WRHA FACILITY/SITE/PROGRAM/CLINIC</small>	



**ENTENTE RELATIVE À LA JOURNÉE  
« INVITONS NOS JEUNES AU TRAVAIL »**

Je \_\_\_\_\_ (l'« adulte responsable ») souhaite amener \_\_\_\_\_ (l'« élève »)  
NOM DE FAMILLE PRÉNOM NOM DE FAMILLE PRÉNOM

à \_\_\_\_\_ (le « site ») le \_\_\_\_\_ pour participer à la journée « Invitons nos jeunes  
ÉTABLISSEMENT/SITE/PROGRAMME/ CLINIQUE DE L'ORSW J J M M M A A A A

au travail ». L'élève m'accompagnera à un ou plusieurs endroits à l'intérieur du site :

1. Moi, l'adulte responsable, ai signé un engagement en matière de confidentialité tel qu'exigé par la Loi sur les renseignements médicaux personnels et j'accepte de prendre les dispositions nécessaires pour :

- (a)  que l'élève assiste à une séance d'orientation sur la Loi sur les renseignements médicaux personnels OU
- (b)  expliquer à l'élève que les « renseignements médicaux personnels » incluent les informations verbales et les renseignements consignés concernant :
  - le nom d'une personne, sa santé, ses antécédents médicaux (y compris des renseignements généraux sur la personne ou sa famille), sa situation financière, son milieu familial, ses problèmes familiaux ou toute autre question d'ordre privé concernant la personne;
  - la prestation de soins de santé à la personne. Les personnes concernées incluent les collègues de travail ou les membres de leurs familles lorsque ceux-ci reçoivent des soins dans un établissement, un site ou un programme de l'ORSW;
  - le paiement des soins de santé d'une personne, son numéro d'identification médical personnel (NIMP) (ou tout autre numéro d'identification, symbole ou renseignements propres à une personne).

Moi, l'adulte responsable, vais aussi m'assurer que :

- (c) L'autorisation de permettre à l'élève d'être présent(e) durant la prestation des soins de santé à une personne soit accordée directement par celle-ci. Je comprends que ni l'élève ni moi-même ne pourrions être présents lorsque cette autorisation sera demandée à la personne concernée pour lui permettre d'exprimer son refus;
  - (d) Seule la quantité minimale de renseignements médicaux personnels que l'élève « doit connaître » sera communiquée à l'élève. (Par exemple, l'élève pourrait devoir être informé(e) qu'une radiographie pulmonaire sera faite pour vérifier la présence d'une pneumonie ou qu'un traitement de chimiothérapie sera fait pour lutter contre une leucémie, cependant l'élève n'a pas besoin de connaître le nom de la personne);
  - (e) L'élève sera supervisé(e) en tout temps durant sa participation à la journée « Invitons nos jeunes au travail ».
2. Moi, l'élève, comprends que les renseignements médicaux personnels que je vois ou entends sur le site doivent être gardés confidentiels.

**Modalités et conditions additionnelles exigées par le site, le cas échéant :**

ÉLÈVE	ADULTE RESPONSABLE
Nom (lettres moulées) _____ NOM DE FAMILLE PRÉNOM	Nom (lettres moulées) _____ NOM DE FAMILLE PRÉNOM
Signature _____	Signature _____
École _____	Titre _____

DEMANDE APPROUVÉE PAR	
Nom (lettres moulées) _____ NOM DE FAMILLE PRÉNOM	Signature _____
Site _____ ÉTABLISSEMENT/SITE/PROGRAMME/CLINIQUE DE L'ORSW	