

COMPLIANCE WITH THE *PERSONAL INFORMATION PROTECTION AND ELECTRONIC DOCUMENTS ACT (PIPEDA)*

The Canadian *Personal Information Protection and Electronic Documents Act* (PIPEDA) (and equivalent provincial legislation) requires that consent be obtained prior to the collection and use of all personal information. The personal information obtained during your visits at our office will be used for the purposes reasonably associated with providing you with dental care. These purposes include: contacting you about your dental needs as well as your upcoming appointments, submitting insurance claims to your insurer on your behalf, discussing your dental health with other specialists or health professionals as may be required, and communicating important information to you about our office.

We anticipate that the personal information collected will be restricted to your name, gender, date of birth, contact information (including mailing address), and insurance information. Additional personal information may be collected from time to time.

By signing this form, you expressly consent to Chapel Hill Dental collecting, using and disclosing your personal information for the purposes stated above, and providing such personal information to third parties as may be reasonably required.

A parent or legal guardian must sign for those patients under the age of 18.

Signature

Date

Print Name

CONFORMITÉ À LA LOI SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET LES DOCUMENTS ÉLECTRONIQUES (LPRPDE)

La *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (LPRPDE) du Canada (et la législation provinciale équivalente) exige qu'un consentement soit obtenu avant la cueillette et l'utilisation de renseignements personnels. Les renseignements personnels obtenus durant vos visites à notre cabinet serviront à des fins raisonnablement associées à la prestation de vos soins dentaires. Ces fins comprennent communiquer avec vous au sujet de vos besoins dentaires et de vos prochains rendez-vous, soumettre des demandes de remboursement à votre assureur en votre nom, discuter de votre santé dentaire avec d'autres spécialistes ou professionnels de la santé au besoin et vous transmettre de l'information importante sur notre cabinet.

Nous prévoyons que les renseignements personnels recueillis se limiteront à votre nom, votre sexe, votre date de naissance, vos coordonnées (y compris votre adresse courriel), et les détails de votre assurance. D'autres renseignements personnels pourraient être recueillis de temps à autre.

En signant ce formulaire, vous consentez expressément à ce que Chapel Hill Dental recueille, utilise et divulgue vos renseignements personnels aux fins mentionnées ci-dessus et transmette ces renseignements personnels à des tiers si cela est raisonnablement nécessaire.

Un parent ou un tuteur légal doit signer pour les patients de moins de 18 ans.

Signature

Date

Nom en lettres moulées