Ontario Health atHome

Santé à domicile Ontario

Long-Term Care Home Crisis Choice List / Choix des foyers de soins de longue durée en cas de Crise

Patient Name / Nom du patient : _____

(Last Name, First Name/ Nom, prénom) Health Card No./ NCS Version Code / Code de Version

I consent that Ontario Health atHome, as the designated placement coordinator, can disclose my personal health information to the long-term care homes of my choice. **I acknowledge that I have been counselled around crisis placement and that these are my additional choices, beyond my initial selection**. I understand that Ontario Health atHome will update and share this information if my chosen homes are outside of the Champlain region. I understand that I may withdraw my consent for these choices at any time.	Je consens à ce que Santé à domicile Ontario, en tant que coordonnateur désigné du placement, divulgue mes renseignements personnels sur la santé aux foyers de soins de longue durée que j'ai choisie. **Je reconnais qu'on m'a expliqué les raisons pour lesquelles ces renseignements sont requis par rapport à mon besoin de placement de crise et que je les comprends. Voici ma liste de choix additionnels**. Je comprends aussi que Santé à domicile Ontario mettra à jour cette information et la communiquera à d'autres Santé à domicile Ontario si les foyers que j'ai choisies sont à l'extérieur de la région de Champlain. Je comprends que je peux retirer mon consentement pour ces choix en tout temps.

Please print / Imprimez svp

Rank	**Long-Term Care Home Choices** (anywhere in Ontario) / **Choix des foyers de soins de longue durée** (partout en Ontario)	Choose (✓) Accommodation / Choix (✓) d'accommodation(s)		
		☐ B	☐ SP	☐ P
		☐ B	☐ SP	☐ P
		☐ B	☐ SP	☐ P
		☐ B	☐ SP	☐ P
		☐ B	☐ SP	☐ P
		☐ B	☐ SP	☐ P
		☐ B	☐ SP	☐ P
		☐ B	☐ SP	☐ P
		☐ B	☐ SP	☐ P
		☐ B	☐ SP	☐ P
		☐ B	☐ SP	☐ P
		☐ B	☐ SP	☐ P
		☐ B	☐ SP	☐ P
		☐ B	☐ SP	☐ P
		☐ B	☐ SP	☐ P
		☐ B	☐ SP	☐ P
		☐ B	☐ SP	☐ P

Signature _____ **Date** _____

(Patient / Substitute Decision Maker/ Patient capable ou mandataire spécial) (DD/MM/ YY) (JJ/MM/AA)