

Confidentiality Agreement



Health Sciences North
Horizon Santé-Nord

Name (Please Print): _____

Affiliation with HSN: _____
(e.g., employee, physician, volunteer, researcher, student or consultant)

In consideration of entering into and/or continuing my employment, association or affiliation ("**my position**") with Health Sciences North ("**HSN**"):

1. I agree to respect the privacy and dignity of **every** patient, employee, associate, affiliate or other person with whom I come into contact as a result of my position with HSN.
2. I agree that, used in this agreement, "**Confidential Information**" means all patient information, personal health information as defined in Ontario's *Personal Health Information and Protection Act* (PHIPA), administrative information, employee information, medical staff information, and any other information **which is not a matter of public record**. Confidential information may be in oral, written, electronic or other format.
3. I acknowledge that during and/or as a result of my position with HSN, I may have access to Confidential Information.
4. I acknowledge that it is my responsibility under PHIPA section 4 to comply with HSN's privacy policies and procedures. To this end, I agree not to access, view, use, discuss, divulge, communicate, release or otherwise disclose Confidential Information, on or off HSN premises, except as required to perform the duties and obligations of my position with HSN (and then only to persons authorized by HSN to receive such information), or as required by law.
5. I agree that I am not permitted to access my own records of PHI and that access to such records must be made following HSN's *Request for Access Policy*.
6. I agree not to alter, destroy, copy or interfere with Confidential Information, except with authorization and in accordance with HSN policies and procedures.
7. I agree not to remove Confidential Information from HSN premises, except as required to perform the duties and obligations of my position with HSN, and when so-required, I agree to ensure such Confidential Information that is in my custody and control, is securely stored, and where possible, is de-identified at all times during transit.
8. I agree to maintain the security of my computer by using strong passwords, locking or logging off the system when not in use and refraining from storing confidential information on my device. I will ensure that the devices I use have administrative, technical and physical safeguards in place that follow HSN security standards.
9. I agree to not divulge my login credentials to others, nor will I attempt to use those of others. I will safeguard security clearance badges, access cards, keys or other codes or devices, issued, assigned or created for me by HSN.
10. I acknowledge that it is my responsibility under PHIPA section 4 to notify my supervisor and/or HSN's Privacy Office of any incidents I become aware of, or suspect, in which Confidential Information has been lost or stolen or if it is accessed or disclosed without authority.
11. I acknowledge that HSN's Privacy Office is authorized to investigate privacy matters and I acknowledge my obligation to participate in privacy investigations from time to time.
12. I agree that my obligations under this Agreement continue indefinitely, including after termination of my position with HSN.
13. I acknowledge that HSN conducts audits to ensure compliance with this agreement and with HSN privacy policies and procedures, and I am aware and agree that any violation or breach of my obligations under this agreement may result in corrective action being taken against me, which may include, but not be limited to, loss of privileges, termination of employment or contract, and/or legal action.

Signature: _____

Name: _____
(Please print)

Date: _____



Entente de confidentialité

Nom (en lettres moulées) : _____

Affiliation avec HSN : _____
(p. ex. employé, médecin, bénévole, chercheur, étudiant, expert-conseil)

En commençant ou en continuant mon emploi à Horizon Santé-Nord (**HSN**) ou mon association/affiliation avec cet organisme (**mes fonctions**) :

1. Je conviens de respecter la vie privée et la dignité de chaque patient, employé, associé, affilié ou d'autres personnes avec qui je suis en contact dans le cadre de mes fonctions à HSN.
2. Je conviens que le terme « **renseignements confidentiels** » utilisé dans cette entente inclut tous les renseignements sur les patients et les renseignements personnels sur la santé au sens défini dans la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé* (LPRPS) de l'Ontario, les renseignements administratifs, les renseignements sur les employés, les renseignements sur le personnel médical et tous les autres renseignements qui ne sont pas dans le domaine public. Les renseignements confidentiels peuvent être fournis verbalement, par écrit, par voie électronique ou dans d'autres formats.
3. Je sais que pendant l'exercice de mes fonctions à HSN ou en raison de celles-ci, je pourrais avoir accès à des renseignements confidentiels.
4. Je conviens de me conformer aux politiques et procédures relatives à la confidentialité adoptées par HSN en vertu de l'article 4 de la LPRPS. J'accepte donc de ne pas obtenir, regarder, utiliser, discuter, divulguer, communiquer, publier ou divulguer d'une autre manière des renseignements confidentiels, sur les lieux d'HSN ou à l'extérieur, sauf si les tâches et les obligations liées à mes fonctions à HSN l'exigent (et seulement aux personnes autorisées par HSN à recevoir ces renseignements) ou si la loi l'exige.
5. Je conviens qu'il m'est interdit d'obtenir mes propres dossiers, contenant mes renseignements personnels sur la santé, sans suivre la politique de demande d'accès établie par HSN.
6. Je conviens de ne pas modifier, détruire, copier ou entraver des renseignements confidentiels, sauf si je suis autorisé à le faire et si je me conforme aux politiques et procédures d'HSN.
7. Je conviens de ne pas sortir de renseignements confidentiels de chez HSN, sauf si les tâches et les obligations liées à mes fonctions à HSN l'exigent, et dans ce cas, je conviens de veiller à ce que les renseignements confidentiels dont j'ai la garde et le contrôle soient entreposés en toute sécurité et dépersonnalisés en tout temps pendant le transport.
8. Je conviens d'assurer la sécurité de mon ordinateur en choisissant des mots de passe robustes, en verrouillant ou en désactivant le système quand je ne m'en sers pas et en évitant d'y entreposer des renseignements confidentiels. Je veillerai à ce que des mesures de protection administratives, techniques et physiques, conformes aux normes de sécurité adoptées par HSN, soient appliquées à l'égard des dispositifs que j'utilise.
9. Je conviens de ne pas divulguer mes codes d'accès ni d'essayer d'utiliser ceux d'autres personnes. Je garderai en lieu sûr les clés, les badges ou les cartes, codes ou dispositifs d'accès qu'HSN m'attribue ou crée pour moi.
10. Je reconnais qu'il m'incombe, en vertu de l'article 4 de la LPRPS, d'informer mon superviseur ou le Bureau de la protection de la vie privée d'HSN de tout incident dont j'ai connaissance, ou que je soupçonne, dans lequel des renseignements personnels ont été obtenus ou divulgués sans permission, perdus ou volés.
11. Je reconnais que le Bureau de la protection de la vie privée d'HSN est autorisé à enquêter sur les questions liées à la protection de la vie privée et que je dois participer à de telles enquêtes de temps en temps.
12. Je conviens que les obligations que me confère cette entente continuent indéfiniment, même après que j'aurai quitté mes fonctions à HSN.
13. Je sais qu'HSN effectue des vérifications périodiques pour assurer la conformité à cette entente et à ses politiques et procédures concernant la vie privée. Je sais et j'accepte que toute violation de mes obligations prévues dans cette entente peut entraîner des mesures de redressement qui peuvent inclure la perte de privilèges, la fin de mon emploi ou contrat ou des poursuites judiciaires.

Signature : _____

Nom : _____
(en lettres moulées)

Date : _____