



CONSENTEMENT À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ

Je, _____
Nom de famille et prénom du.de la client.e / patient.e (en lettres moulées)

autorise par le présent _____ à transmettre des renseignements personnels
Nom de la personne ou de l'établissement autorisé à divulguer

à _____
Nom de la personne ou de l'établissement demandeurs des renseignements

au _____
Adresse municipale Ville Province Code postal

à partir du dossier de :

_____ Date de naissance (jj/mm/aaaa) N° de Carte Santé

_____ Adresse municipale Ville Province Code postal

Je consens à la communication des renseignements suivants (cochez tout ce qui s'applique) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Antécédents d'admission à un hôpital pour un problème de santé mentale ou de dépendance | <input type="checkbox"/> Rapports de consultations médicales et psychiatriques |
| <input type="checkbox"/> Antécédents médicaux | <input type="checkbox"/> Résumé de congé de l'hôpital |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ | <input type="checkbox"/> Résumé des médicaments |

Les renseignements seront transmis aux fins de :

Comment devons-nous transmettre les renseignements ? (cochez tout ce qui s'applique) Verbalement Photocopie

_____ Signature du témoin

_____ Signature du.de la client.e / patient.e

_____ Nom du témoin (en lettres moulées)

_____ Autre personne : nom et lien au.de la client.e / patient.e (en lettres moulées)

Date: _____
(jj/mm/aaaa)

Directives supplémentaires :

La présente autorisation peut être retirée par écrit à tout moment.

Un formulaire de consentement à la divulgation de renseignements personnels sur la santé ne sera traité qu'après avoir été livré au Service des archives médicales. Des frais administratifs peuvent s'appliquer pour couvrir le coût des photocopies et autres.

POUR USAGE INTERNE (SERVICE DES ARCHIVES MÉDICALES / PERSONNEL CLINIQUE)

RENSEIGNEMENTS COMMUNIQUÉS PAR : Communication verbale Courrier Télécopie