

CONSENTEMENT À LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ

Conformément à la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé

Je, _____
(nom en caractères d'imprimerie)

autorise _____
(nom du dépositaire de renseignements sur la santé)

à divulguer les renseignements personnels sur la santé suivants : _____

À : _____
(name of person or organization requiring / requesting the information)

Adresse : _____

Des dossiers médicaux de :

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

Je comprends les fins pour lesquelles les présents renseignements personnels sur la santé seront divulgués à la personne ou à l'organisme susmentionné. Je sais que je peux refuser de signer le présent formulaire de consentement.

Témoin : _____ Signé par : _____
(patient ou mandataire spécial)

Date : _____
(lien de parenté avec le patient)

Remarque : Un mandataire spécial est une personne autorisée en vertu de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé à consentir, au nom d'une autre personne, à la divulgation de renseignements personnels sur la santé de cette personne.