

**AUTORISATION DE DIVULGUER DES
RENSEIGNEMENTS PERSONNELS
SUR LA SANTÉ**

RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU
N° D'IDENTIFICATION UNIQUE

1. RENSEIGNEMENTS PERMETTANT D'IDENTIFIER LES PATIENTS : Veuillez remplir la section ci-dessous des renseignements sur la personne au sujet de laquelle des renseignements personnels sur la santé seront divulgués (veuillez écrire clairement en lettres détachées et fournir le plus de renseignements possible pour que votre demande puisse être traitée).

Nom : _____
(Nom) (Prénom) (Deuxième prénom)

Adresse actuelle : _____ Date de naissance : _____
(rue/bureau/appartement) (jour/mois/année)

_____ No de carte d'assurance-maladie : _____
(ville, province, code postal)

No de téléphone : (____) _____ Veuillez cocher la case si le patient est décédé

2. AUTORISATION DE DIVULGUER LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ SUIVANTS :

Veuillez indiquer l'établissement de soins de santé duquel vous souhaitez obtenir des renseignements sur la santé :

(Nom de l'établissement de soins de santé)

Renseignements précis sur la santé : _____

De : _____ à : _____
(jour/mois/année) (jour/mois/année)

Les renseignements sur la santé sont-ils demandés à des fins d'assurances?

3. DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ À :

Je souhaite obtenir une copie de mes propres dossiers **OU**

J'autorise la divulgation de renseignements à la personne suivante ou aux personnes suivantes :

Nom : _____

Adresse : _____

(rue/bureau/appartement)

_____ (ville, province, code postal)

No de téléphone : (____) _____ No de télécopieur : (____) _____

4. FAÇON D'OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ :

En mains propres sur place / appel lorsque prêt (carte d'identification obligatoire)

Poste

Télécopieur : (____) _____

PAR LA PRÉSENTE, J'AUTORISE LE RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON À DIVULGUER LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ DEMANDÉS SELON LES INSTRUCTIONS DONNÉES DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE. IL EST ENTENDU QUE JE PEUX ANNULER LA PRÉSENTE AUTORISATION EN TOUS TEMPS, À L'ÉCRIT.

Nom en lettres détachées

Lien avec le patient

Signature

Date