Archives médicales
Divulgation de renseignements
Tél. : 705 759-3434, poste 5336
Téléc. : 705 759-3703

AUTORISATION D'ACCÈS OU DE DIVULGATION – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ

En vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé (LPRPS)*

www.sah.on.ca/patients/your-health-records

Nom du patient : _____ DDN (jj/mm/aaaa) : ___/___/_____
Nom Prénom

Adresse : _____
Rue Ville Province/État Code postal/Zip Code

Téléphone : _____ N° de carte Santé : _____

Divulgation à la personne suivante – coordonnées de la personne qui demande les renseignements

☐ Patient ☐ Fournisseur de soins ☐ Autre : _____

Nom : _____
Nom Prénom

Adresse : _____
Rue Ville Province/État Code postal/Zip Code

Téléphone : _____

J'autorise le personnel de l'HSSM à laisser un message sur la boîte vocale : ☐ Oui ☐ Non Téléc. : _____

Renseignements personnels à consulter ou à divulguer

Les dossiers liés aux traitements suivants : _____

Les dossiers visant la période suivante : _____

Description additionnelle des renseignements requis (facultatif) : _____

Autorisation

Aux termes de la *LPRPS*, l'autorisation doit être signée par le patient ou le mandataire. Si le signataire n'est pas le patient, indiquez le lien du signataire avec le patient et fournissez la documentation officielle attestant de l'autorité de signature.

En signant ci-dessous, le requérant confirme qu'il comprend qu'on pourrait exiger des frais à l'égard du traitement de cette demande de renseignements personnels sur la santé et qu'il convient de s'en acquitter.

Nom du patient ou du mandataire (en lettres moulées) _____

Nom du témoin (en lettres moulées) _____

Signature _____

Signature du témoin _____

Date (aaaa/mm/jj) _____

Date (aaaa/mm/jj) _____

La présente autorisation demeurera valide pour une période de 90 jours à partir de la date de la signature, à moins d'indication contraire. Elle peut être retirée en tout temps sauf en ce qui concerne les mesures déjà prises avant le retrait du consentement.

Réservé à l'usage du bureau

Pièce d'id. avec photo fournie :	☐ Oui	☐ Non
Procuration reçue :	☐ Oui	☐ Non
Testament reçu :	☐ Oui	☐ Non
Barème des frais fourni :	☐ Oui	☐ Non

Initiales du membre du personnel : _____