

**Consentement à la divulgation de renseignements personnels sur la santé me concernant**

**PARTIE A : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT**

Nom

Prénom

Date de naissance (aaaa/mm/jj)

Numéro de la carte Santé

**PARTIE B : DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS**

Veillez décrire les renseignements dont vous avez besoin (le dossier de santé au complet ou une partie de celui-ci, des rapports de fournisseurs de services, des évaluations, une lettre de confirmation de services, p. ex.)

Ces renseignements peuvent être divulgués à :

Nom de la personne ou de l'organisme

Adresse postale

Numéro de téléphone

Numéro de télécopieur

**PARTIE C : AUTORISATION**

Je comprends que, en signant ce formulaire, j'autorise le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant à divulguer des renseignements personnels sur la santé me concernant à la personne ou à l'organisme susmentionné. Je comprends que je peux retirer ou modifier cette autorisation par écrit à n'importe quel moment.

Signature du patient, du mandataire spécial ou du procureur au soin de la personne

Nom

Date (aaaa/mm/jj)

**Veillez envoyer le formulaire dûment rempli à l'attention du service des dossiers de santé**

**TÉLÉCOPIEUR**

**ADRESSE POSTALE**

905 574-5148

211, chemin Pritchard, unité 1  
Hamilton (Ontario) L8J 0G5

Veillez joindre des copies des documents attestant votre pouvoir de donner votre consentement, le cas échéant (p. ex. une procuration au soin de la personne, le testament ou un certificat de nomination à titre de fiduciaire de la succession).

Tous les patients ont le droit d'accéder à leur dossier de santé personnel conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*. Le présent consentement est valide pendant 90 jours à compter de la date de la signature. L'autorisation peut être retirée ou modifiée à n'importe quel moment.

