HOME AND COMMUNITY CARE SUPPORT SERVICES

SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE ET EN MILIEU COMMUNAUTAIRE

FORMULAIRE DE DEMANDE/CONSENTEMENT POUR LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

En vertu de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé

Organisme destinataire de la demande		
Veuillez transmettre la demande à l'adresse ou au num jours pour fournir une réponse.	néro de télécopieur ci-dess	sus. Remarque : La loi permet un délai de 30
Patient pour lequel les renseignements sont der	mandés	
Nom de famille :	Numéro de carte Santé :	
Prénom :	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :	
Renseignements sur le demandeur Nom de famille : Prénom : Numéro de téléphone : Adresse postale :	Patient Mandataire Lien avec le Autre (préci	patient :
Records being requested Tous les dossiers de santé Tous les dossiers de santé pendant une périod Début : Fin : JJ MM AAAA JJ MM Dossiers particuliers indiqués ci-dessous :	de précise 	Raison de la demande (facultative) : Raison personnelle Planification des soins Raison juridique Formulaires d'assurance Succession Exemption fiscale Autre (précisez) :
Instructions spéciales Méthode/format de divulgation: Copie électronique – adresse courriel: Copie papier envoyée à l'adresse ci-dessus Copie papier envoyée à une autre personne ou adresse (précisez): Nom: Adresse postale: Autre (précisez): Divulgation rapide requise? Non Oui (précisez): Mesures d'adaptation requises? Non Oui (précisez):		
Nom en lettre moulées Signat	ture	Date (JJ/MM/AAAA)

Les renseignements figurant sur ce formulaire sont recueillis conformément à la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé (« la Loi ») et seront utilisés pour identifier le patient et répondre à la demande d'accès en vertu du paragraphe 54 de la Loi. Les questions concernant la collecte de renseignements doivent être adressées à la personne-ressource responsable de la protection de la vie privée ou des dossiers sur la santé de l'organisme qui reçoit la demande d'accès.