

Consentement à la divulgation de renseignements personnels sur la santé

J'autorise _____ par la présente l' Hôpital général de la baie
Georgienne à divulguer les renseignements personnels sur la santé suivants :

(Description des renseignements personnels sur la santé à
divulguer et les dates de contact/d'hospitalisation)

à _____

(Nom et adresse de la personne/de l'organisme qui demande les
renseignements)

tiré des dossiers de _____

(Nom de la patiente/du patient)

(Date de naissance)

Adresse postale de la patiente/du patient : _____

Je comprends que le destinataire n'utilisera ces renseignements personnels sur la santé
qu'aux fins de :

Date: _____

Je renonce par la présente à toute réclamation contre l'**Hôpital général de la baie
Georgienne à Midland** en rapport avec la divulgation de ces renseignements
personnels sur la santé.

Témoïn : Signé par : _____

(Patiente/patient ou mandataire
spécial)

Date : _____

(Lien avec la patiente/le patient)

***Pour soumettre le formulaire de demande, veuillez l'expédier au Service
des archives médicales par télécopieur 705 526-4491.***