

**AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS
CONTENUS AU DOSSIER MÉDICAL**

(AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION CONTAINED IN THE MEDICAL RECORD)

Je soussigné(e), _____

autorise l'établissement suivant :

Nom de l'établissement : _____

Adresse de l'établissement : _____

à faire parvenir les renseignements suivants :

se rapportant à la période suivante : _____

contenus dans le dossier médical (sur tout support documentaire) de :

à l'établissement suivant :

Nom de l'établissement : _____

Adresse de l'établissement : _____

pour les raisons suivantes :

Cette autorisation est valable pour une période de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la date de signature de ce document. Il est entendu que l'utilisateur assume les frais associés à la présente demande, veuillez donc acheminer, s'il y a lieu, la facture à son attention.

Signature de l'utilisateur ou de la personne autorisée

qualité de la personne autorisée

Date

Signature du témoin

Date

N.B. : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Et le cas échéant, prière de mentionner à quel titre la personne est autorisée à signer.

Formulaire émis par :

CLINIQUE MÉDICALE STE-DOROTHÉE
1 boul. Samson, suite 102, Laval (QC) H7X 3S5
Tél. : 450-689-6334 Téléc. : 450-689-6339