



SERVICE DES ARCHIVES MÉDICALES  
L'Hôpital du district de Geraldton District Hospital  
500 Hogarth Ave. West, Postal Bag 4 | 500, avenue Hogarth Ouest, C. P. 4  
Geraldton (Ontario) P0T 1M0  
(Tél.) 807 854-1862 (Téléc.) 807 854-4204 Geraldtondh.com

## CONSENTEMENT À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ

Par la présente, je, \_\_\_\_\_, permets à  
(Prénom, nom)

l'HÔPITAL DU DISTRICT DE GERALDTON de divulguer les renseignements personnels sur la santé suivants :

(Décrire les renseignements personnels sur la santé à divulguer – inclure la date du traitement et les types de rapports.)

contenus dans le dossier de :

NOM : \_\_\_\_\_  
(Votre nom si c'est votre dossier ou le nom de la personne dont vous êtes le mandataire spécial)\*

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ NUMÉRO DE CARTE SANTÉ : \_\_\_\_\_  
(JJ-MM-AAAA)

ADRESSE : \_\_\_\_\_

à la personne suivante ou à l'organisme suivant :

Moi-même    Avocat    Compagnie d'assurances    Fournisseur de soins    Autre : \_\_\_\_\_

NOM DU DESTINATAIRE : \_\_\_\_\_  
(Nom de la personne, du membre de la famille, du médecin, de l'hôpital, de la compagnie d'assurances, etc. à qui sont destinés les renseignements personnels sur la santé)

ADRESSE : \_\_\_\_\_

N° DE TÉL. : \_\_\_\_\_ N° DE TÉLÉC. : \_\_\_\_\_

En caractères d'imprimerie : Nom du patient/de la patiente/du mandataire spécial

En caractères d'imprimerie : Nom du témoin

Signature et lien avec le patient/la patiente

Signature du témoin

Date :

(JJ-MM-AAAA)

\*Le mandataire spécial est une personne qui, conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, est autorisée à consentir, au nom d'une autre personne, à la divulgation de renseignements personnels sur la santé concernant la personne en question.

Notez qu'il faut présenter une pièce d'identité avec photo. Le formulaire de consentement est valide pendant trois mois à partir de la date de la signature.