



DISCLOSURE OF PERSONAL HEALTH INFORMATION TO POLICE WITH CONSENT

PART 1: PATIENT/CLIENT/RESIDENT INFORMATION

LAST NAME FIRST NAME

Date of Birth: | | | | | | | | | | | | | | | |
D D M M M Y Y Y Y Y

Address: _____
STREET NAME AND NUMBER CITY PROVINCE POSTAL CODE

Phone Numbers: Home: () Work: () Cell: ()

PART 2: CONSENT TO THE DISCLOSURE OF THE FOLLOWING INFORMATION TO THE POLICE SERVICE

Date(s) and where services provided: _____

Specific personal health information being requested: _____

The Police Service requires the information for the purpose of: _____

This consent is to disclose my own information: Yes No **If NO – complete Part 3.**

PART 3: PERSON PERMITTED TO EXERCISE THE RIGHTS OF AN INDIVIDUAL

LAST NAME FIRST NAME

Address: _____
STREET NAME AND NUMBER CITY PROVINCE POSTAL CODE

Phone Numbers: Home: () Work: () Cell: ()

Indicate Your Authority: _____

You may be required to provide documentation to prove you have the legal authority to exercise the rights of the individual.

PART 4: SIGNATURE OF PERSON CONSENTING

Signature of Person Consenting: _____ Date: | | | | | | | | | | | | | | | |
D D M M M Y Y Y Y Y

*I understand that this consent may be withdrawn or amended at any time. A withdrawal does not have a retroactive effect.
The police shall not use the personal health information disclosed to them except for the purpose specified on this consent.*

PART 5: SIGNATURE OF POLICE OFFICER

Police Officer's Name (print) _____ Badge Number: _____
LAST NAME FIRST NAME

Phone Number: () Agency: City of Winnipeg RCMP Other: _____

Police Officer's Signature: _____ Date of Request: | | | | | | | | | | | | | | | |
D D M M M Y Y Y Y Y



**DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS
À UN SERVICE DE POLICE AVEC CONSENTEMENT**

PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT/CLIENT/RÉSIDENT

NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM _____

Date de naissance :

J	J	M	M	M	A	A	A	A	A

Adresse : _____
NOM DE RUE ET NUMÉRO MUNICIPAL _____ VILLE _____ PROVINCE _____ CODE POSTAL _____

N^{os} de téléphone : Maison : () Travail : () Tél. Cell : ()

PARTIE 2 : CONSENTEMENT À DIVULGUER LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS AU SERVICE DE POLICE

Date(s) et lieux de la prestation des services : _____

Renseignements médicaux personnels demandés : _____

Le service de police demande ces renseignements dans le but suivant : _____

Le consentement vise la divulgation de renseignements me concernant personnellement : Oui Non **Si la réponse est NON – remplir la Partie 3.**

PARTIE 3 : PERSONNE AUTORISÉE À EXERCER LES DROITS D'UN PARTICULIER

NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM _____

Adresse : _____
NOM DE RUE ET NUMÉRO MUNICIPAL _____ VILLE _____ PROVINCE _____ CODE POSTAL _____

N^{os} de téléphone : Maison : () Travail : () Tél. Cell : ()

Indiquer votre autorisation : _____

Vous pourriez devoir fournir des documents pour prouver votre autorisation légale d'exercer les droits de la personne concernée.

PARTIE 4 : SIGNATURE DE LA PERSONNE CONSENTANTE

Signature de la personne consentante : _____ Date :

J	J	M	M	M	A	A	A	A	A

Je comprends que ce consentement peut être rétracté ou modifié en tout temps. La rétractation n'a pas d'effet rétroactif. Le service de police ne peut pas utiliser les renseignements médicaux personnels qui lui sont divulgués à d'autres fins que celles indiquées dans le présent consentement.

PARTIE 5 : SIGNATURE DE L'AGENT DE POLICE

Nom de l'agent de police (*letters moulées*) _____ Numéro d'insigne : _____
NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM _____

Numéro de téléphone : () Service : Ville de Winnipeg GRC Autre : _____

Signature de l'agent de police : _____ Date de la demande :

J	J	M	M	M	A	A	A	A	A