



CONSENT TO DISCLOSE PERSONAL HEALTH INFORMATION

PART 1: CONSENT FROM PATIENT/CLIENT/RESIDENT

LAST NAME FIRST NAME

Date of Birth:

D	D	M	M	M	Y	Y	Y

 Health Card Number:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Address: _____

STREET NAME AND NUMBER CITY PROVINCE POSTAL CODE

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

PART 2: DETAILS OF CONSENT

Consent to _____

NAME/LOCATION OF WRHA SITE/PROGRAM

disclosing the following personal health information, specifically: _____

To be disclosed to: _____

For the purpose(s) of: _____

This is a consent 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: _____

PART 4: SIGN OFF

I understand that this consent may be withdrawn or amended at any time.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

This consent: is valid for one year is valid for this request only expires on

D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y

Signature of Person Consenting: _____ Date:

D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y



CONSENTEMENT À DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS

PARTIE 1 : CONSENTEMENT DU PATIENT/CLIENT/RÉSIDENT

NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM _____

Date de naissance :

J	J	M	M	M	A	A	A	A	

 Numéro de la carte santé :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

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

PARTIE 2 : DÉTAILS DU CONSENTEMENT

Consentement accordé à : _____
NOM/EMPLACEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT OU DU PROGRAMME DE L'ORSW

pour la divulgation des renseignements médicaux personnels suivants, expressément : _____

À être divulgué à : _____

Dans le but de : _____

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 : _____

PARTIE 4 : SIGNATURE

Je comprends que ce consentement peut être rétracté ou modifié en tout temps. La rétractation n'a pas d'effet rétroactif. Les renseignements médicaux personnels ne peuvent pas être divulgués à d'autres fins que celles indiquées dans le présent consentement.

Le consentement : est valide pour un an n'est valide que pour la présente demande expire le

J	J	M	M	M	A	A	A	A	

Signature de la personne consentante : _____ Date :

J	J	M	M	M	A	A	A	A	