



## AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ

Par la présente, j'autorise le Centre des sciences de la santé de Kingston à communiquer des renseignements à :

\_\_\_\_\_ (Nom de la personne, de l'établissement ou de l'organisme qui demande l'information)

\_\_\_\_\_ (Adresse de la personne, de l'établissement ou de l'organisme qui demande l'information)

Sur les dossiers de : Nom du patient : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_  
(aaaa / mm / jj)

Les renseignements personnels sur la santé suivants doivent être divulgués concernant le traitement reçu le (date) ou prodigué par (fournisseur) :

HHD

HGK

\_\_\_\_\_ (Description des renseignements personnels sur la santé, dates de contact ou hospitalisations)

Je comprends que ces renseignements ne seront utilisés que par le destinataire aux fins suivantes :

Date : \_\_\_\_\_  
(aaaa / mm / jj)

Signature du patient : \_\_\_\_\_

Lien avec le patient : \_\_\_\_\_

Information recueillie et demandée par : \_\_\_\_\_  
Nom (en lettres moulées), n° de téléphone ou de téléavertisseur

**Cette autorisation doit contenir les signatures originales; les photocopies ne seront pas acceptées. Il est entendu que la présente autorisation peut être annulée ou modifiée par écrit à tout moment par le patient. La présente autorisation cesse d'être en vigueur automatiquement quatre-vingt-dix (90) jours après la date de signature ci-dessus.**

**Envoyez le formulaire rempli à :** Communication des renseignements  
Centre des sciences de la  
santé de Kingston  
Hôpital Hôtel Dieu  
166, rue Brock  
Kingston, ON  
K7L 5G2  
Fax 613-542-8071

