
Consentement à la divulgation de renseignements personnels

À : _____
Fournisseur de soins : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____ Télécopieur : _____
Courriel : _____

De : _____
Patient : _____
Date de naissance : _____ Numéro d'assurance maladie : _____

Numéro de sécurité sociale/ numéro d'assurance :

Fournisseur d'assurance : _____

Je, _____ consens _____ à la
divulgation de renseignements personnels à la (aux) personne(s) suivante(s) :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Cette divulgation comprend, entre autres : mon état général de santé, mon diagnostic, mon traitement, ma médication, les recommandations et tous autres renseignements qui sont importants à mon état de santé.

Veillez noter les demandes expresses suivantes :

Je comprends que je puisse révoquer ce consentement par écrit en tout temps.

Signature du patient

Date