

**Consentement à la divulgation des renseignements personnels sur la santé,
conformément à la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la
santé**

Je, _____, autorise _____
(Écrire votre nom en lettres moulées) (Écrire le nom du dépositaire de renseignements sur la santé en lettres moulées)

à ce qu'on divulgue

des renseignements personnels sur ma santé, soit :

(Décrire les renseignements personnels sur la santé devant être divulgués)

ou

les renseignements personnels sur la santé de _____
(Nom de la personne pour laquelle vous êtes le mandataire spécial*)

soit : _____

(Décrire les renseignements personnels sur la santé devant être divulgués)

à _____
(Écrire en lettres moulées le nom et l'adresse de la personne demandant les renseignements)

Je comprends les fins pour lesquelles les présents renseignements personnels sur la santé seront divulgués à la personne susmentionnée. Je sais que je peux refuser de signer le présent formulaire de consentement.

Mon nom : _____ **Adresse :** _____

Tél. (maison): _____ **Tél. (bureau) :** _____

Signature : _____ **Date :** _____

Nom du témoin : _____ **Adresse :** _____

Tél. (maison) : _____ **Tél. (bureau) :** _____

Signature : _____ **Date :** _____

***Remarque : Un mandataire spécial est une personne autorisée en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé* à consentir, au nom d'une autre personne, à la divulgation de renseignements personnels sur la santé de cette personne.**