



Centre hospitalier de St. Mary / St. Mary's Hospital Center

3830, avenue Lacombe, Montréal (Québec) H3T 1M5

ARCHIVES MÉDICALES / MEDICAL RECORDS: (514) 734-2617



STM COR001

Autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier

Authorization to release information contained in the medical record

N° dossier / File N°

Date d'admission / Date of admission

Résultats de laboratoires : Si prescrits par un médecin de l'extérieur, les résultats sont envoyés à celui-ci. Svp vous adresser à ce médecin pour en avoir une copie. **Laboratory results:** If initially requested by an external doctor, results are sent to this external doctor. Please direct your request to this doctor to get a copy.

Nom et prénom à la naissance / Surname and given name(s) at birth

Nom actuellement utilisé / Name now used

N° de la RAMQ / RAMQ N°

Date de naissance / Date of birth

Tél. / Tel.

Adresse actuelle du bénéficiaire / Present address of beneficiary

Nom et prénom du père / Surname and given name(s) of father

Nom et prénom de la mère / Surname and given name(s) of mother

Je, soussigné(e), / I, the undersigned, _____
Nom et adresse / Name and address

En ma qualité de / In my capacity of _____
Usager ou personne autorisée / User or person authorized

Autorise l'établissement / Authorize the establishment _____

À faire parvenir à / To send to _____

Les renseignements suivants / The following information _____

Pour les soins ou services reçus se rapportant à la période suivante / Concerning the care or services received during the following period : _____

Contenus dans le dossier du bénéficiaire ci-dessus identifié / Such information in contained in the dossier of the above-identified beneficiary.

Cette autorisation est valable pour une période _____ jours à compter de la date de la signature de ce document. / This authorization is valid for a period of _____ days following the date this document was signed.

SIGNATURES

Signataire: bénéficiaire ou personne autorisée / Signatory: beneficiary or authorized person

Date (Y - M - D)

Témoin à la signature / Witness to the signature

Date (Y - M - D)

N.B. On doit s'assurer que les signataires de ce formulaire sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Et le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.

It must be assured that the persons signing this form are authorized to do so in accordance with the legislative texts in force. Where necessary, please indicate the capacity (guardian or holder of parental authority) in which the person is authorized to sign.