



MRC 0310 09 2006
 Centre universitaire de santé McGill
 McGill University Health Centre

HME HGM HRV
 MCH MGH RVH
 HNM ITM
 MNH MCI



AUTORISATION DE COMMUNIQUER DE L'INFORMATION

Télécopieur cueillette poste

Nom et prénom(s) à la naissance :		Nom présentement utilisé:	Numéro de dossier :
Nom et prénom(s) de la mère :		Nom et prénom(s) du père:	
Adresse actuelle			
Ville		Prov. / Pays	Code postal:
RAMQ#		Date de naissance	
No. Téléphone		Autre numéro de téléphone	
Numéro Télécopieur		Cueillette par: (Nom de la personne)	Numéro de téléphone
<input type="checkbox"/> Veuillez acheminer l'original par la poste			

JE, SOUSSIGNÉ _____

EN MA QUALITÉ DE _____

AUTORISE _____

A FAIRE PARVENIR À :Nom : _____

Adresse _____

LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS : _____

POUR LES SERVICES REÇUS SE RAPPORTANT À LA PÉRIODE SUIVANTE : _____

CETTE AUTORISATION EST VALIDE POUR UNE PÉRIODE DE 90 JOURS SUIVANT LA DATE DE LA SIGNATURE DE CE DOCUMENT

 SIGNATURE DU PATIENT OU DE SON REPRÉSENTANT LÉGAL

DATE (YYYY / MM / DD)

 TÉMOIN À LA SIGNATURE

DATE (YYYY / MM / DD)

CE FORMULAIRE EST EN CONFORMITÉ AVEC LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (L.R.Q., S-4.2) ET LA LOI SUR L'ACCÈS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS ET SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (L.R.Q., CHAPITRE A-2.1). ON DOIT S'ASSURER QUE LES SIGNATAIRES SONT AUTORISÉS À LE FAIRE ET LE CAS ÉCHÉANT, PRIÈRE DE MENTIONNER À QUEL TITRE (CURATEUR OU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE) LA PERSONNE EST AUTORISÉE À SIGNER.



MRC 0310 09 2006
Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

<input type="checkbox"/>	HME	<input type="checkbox"/>	HGM	<input type="checkbox"/>	HRV
	MCH		MGH		RVH
<input type="checkbox"/>	HNM	<input type="checkbox"/>	ITM		
	MNH		MCI		