



REQUEST TO ACCESS PERSONAL HEALTH INFORMATION

PART 1: PATIENT/CLIENT/RESIDENT INFORMATION

_____ LAST NAME FIRST NAME _____

Date of Birth:

D	D	M	M	M	Y	Y	Y

 Health Card Number:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Address: _____ STREET NAME AND NUMBER CITY PROVINCE POSTAL CODE

Phone Numbers: Home: () Work: () Cell: ()

PART 2: INFORMATION REQUESTED

Date(s) and where services provided: _____

Specific personal health information being requested: _____

This is a request to: examine (view) **and/or** → receive a copy of the information described above.

This request is for my own information: Yes No **If NO – complete Part 3.**

You may be required to pay a fee to examine and/or receive a copy of the information requested

PART 3: PERSON PERMITTED TO EXERCISE THE RIGHTS OF AN INDIVIDUAL

_____ LAST NAME FIRST NAME _____

Address: _____ STREET NAME AND NUMBER CITY PROVINCE POSTAL CODE

Phone Numbers: Home: () Work: () Cell: ()

Indicate Your Authority: _____

You may be required to provide documentation to prove you have the legal authority to exercise the rights of the individual.

PART 4: WRITTEN AUTHORIZATION FOR CARE CURRENTLY BEING PROVIDED ONLY

I authorize _____ LAST NAME FIRST NAME _____ to examine and/or receive a copy of the information described in Part 2.

PART 5: SIGN OFF BY PATIENT/CLIENT/RESIDENT OR PERSON DESCRIBED IN PART 3

Signature of Person making Request: _____ Date:

D	D	M	M	M	Y	Y	Y

PART 6: OTHER

Signature of Health Provider/
Medical Director/Privacy Officer: _____ Date Received:

D	D	M	M	M	Y	Y	Y

Date of examination (viewing):

D	D	M	M	M	Y	Y	Y

 Date Copies Provided:

D	D	M	M	M	Y	Y	Y

**DEMANDE D'ACCÈS À DES RENSEIGNEMENTS
MÉDICAUX PERSONNELS**

PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT/CLIENT/RÉSIDENT

NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM _____

Date de naissance :

J	J	M	M	M	A	A	A	A	A

 Numéro de la carte santé :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse : _____
NOM DE RUE ET NUMÉRO MUNICIPAL _____ VILLE _____ PROVINCE _____ CODE POSTAL _____

N^{os} de téléphone : Maison : () _____ Travail : () _____ Tél. Cell : () _____

PARTIE 2 : RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS

Date(s) et lieux de la prestation des services : _____

Renseignements médicaux personnels demandés : _____

Il s'agit d'une demande pour : examiner (consulter) **et/ou** → recevoir une copie des renseignements précisés ci-dessus.

Je demande des renseignements me concernant personnellement : Oui Non **Si la réponse est NON – remplir la Partie 3.**

Vous pourriez devoir payer des frais pour examiner et/ou recevoir une copie des renseignements demandés.

PARTIE 3 : PERSONNE AUTORISÉE À EXERCER LES DROITS D'UN PARTICULIER

NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM _____

Adresse : _____
NOM DE RUE ET NUMÉRO MUNICIPAL _____ VILLE _____ PROVINCE _____ CODE POSTAL _____

N^{os} de téléphone : Maison : () _____ Travail : () _____ Tél. Cell : () _____

Indiquer votre autorisation : _____

Vous pourriez devoir fournir des documents pour prouver votre autorisation légale d'exercer les droits de la personne concernée.

PARTIE 4 : AUTORISATION ÉCRITE – UNIQUEMENT POUR LES SOINS FOURNIS À L'HEURE ACTUELLE

J'autorise : _____ à examiner et à obtenir une copie des renseignements décrites dans la Partie 2.

NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM _____

PARTIE 5 : SIGNATURE DU PATIENT / DU CLIENT / DU RÉSIDENT / DE LA PERSONNE DÉCRITE DANS LA PARTIE 3

Signature du demandeur : _____ Date :

J	J	M	M	M	A	A	A	A	A

PARTIE 6 : AUTRES

Signature du prestataire de soins / du directeur médical / agent de protection de la vie privée : _____ Date de réception :

J	J	M	M	M	A	A	A	A	A

Date de l'examen (consultation) :

D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y	Y

 Date de remise des copies :

D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y	Y