

AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS CONTENUS AU DOSSIER

Nom et prénom à la naissance			
Nom actuellement utilisé			
Adresse actuelle de l'utilisateur			
N° de la RAMQ	Date de naissance	Année	Mois Jour
Nom et prénom du père		N° de dossier : _____ Date d'admission : _____	
Autres noms utilisés antérieurement			
Nom et prénom de la mère			

Je, soussigné-e, _____
Nom et adresse

En ma qualité de _____
Usager ou personne autorisée

Autorise l'établissement _____

À faire parvenir à _____

Les renseignements suivants : _____

Pour les soins ou services reçus se rapportant à la période suivante : _____

Contenus dans le dossier de l'utilisateur ci-dessus identifié.

Cette autorisation est valable pour une période de _____ jours à compter de la date de la signature de ce document.

 Signataire : usager ou personne autorisée

Année	Mois	Jour
_ _	_	_
Date		

 Témoin à la signature

Année	Mois	Jour
_ _	_	_
Date		

N.B. : On doit s'assurer que les signataires de cette formule 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.