Santé et Services sociaux Québec

HOPIT-11B

DT9060

HHOPIT-11B

AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS CONTENUS AU DOSSIER

Établissement :

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'usager 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

Date (Année / Mois / Jour)

_____
Témoin à la signature

Date (Année / Mois / Jour)

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.