

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 



EST10150

N° Dossier

Nom, Prénom

Adresse actuelle de l'utilisateur

N° de la RAMQ

Date de naissance

AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS CONTENUS AU DOSSIER

Documents souhaités avant le : _____ (Nous répondrons dans les meilleurs délais possibles)

Coordonnées téléphonique du requérant : _____

J'accepte de payer les frais, s'il y a lieu. Veuillez m'aviser si les frais s'élèvent à plus de : _____ initiales : _____

Je, soussigné-e, _____
Nom et prénom du requérant

En ma qualité de _____
Usager ou personne autorisée (titre)

Autorise le CIUSSS-EMTL, installation : _____
(Préciser l'installation. Ex : CHSLD Nicolet, Hôpital Santa Cabrini)

À faire parvenir à : Moi-même (Usager) Autre : _____

Transmission par : Poste Courriel Télécopieur : _____

Adresse complète : _____

(courriel ou postale)

Les renseignements suivants : _____

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

Cette autorisation est valable pour une période de 90 jours à compter de la date de la signature de ce document.

Signataire : usager ou personne autorisée

Date (aaaa/mm/jj)

Témoin à la signature

Date (aaaa/mm/jj)

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.

AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS CONTENUS AU DOSSIER

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES