



**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<sup>os</sup> 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<sup>os</sup> 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  
NOM DE FAMILLE PRÉNOM \_\_\_\_\_ décrites dans la Partie 2.

**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