

Équipe de Santé Familiale
PLANTAGENET
Family Health Team

AUTHORIZATION TO COMMUNICATE MEDICAL INFORMATION

This form is to be used for the purpose of authorizing someone other than yourself, to communicate with our staff, with regard to your medical information. (see reverse for instructions)

1. Primary Patient – COMPLETE IN FULL 16 years of age an older

Name – Last, First, MI		
Street Address		Telephone
City	Province	Postal Code
Date of birth mm/dd/yyyy		

2. The person listed below is authorized to access my medical information

Name – Last, First, MI		
Street Address		Telephone
City	Province	Postal Code
Date of birth mm/dd/yyyy		

Relationship:

- Spouse/Partner Guardian Power of Attorney Other _____
 Father Mother Son Daughter _____ in law

3. I authorized release of personal health information in accordance with my medical records and the information relative to my person to be released to the person specified above. I understand that I have the right to refuse to sign this consent and/or to revoke verbally or by written means this consent.

A photocopy of this consent shall be valid as the original unless a more recent dated document is provided.

4. Signature of patient _____ Date _____

5. I wish to revoke all/any authorizations previously submitted.

6. Signature of patient _____ Date _____

Dr. Pierre Boisvert – Dr Joanne Desjardins – Dr Marie-Josée Forgues – Dr Claude Laplante – Dr Paul Lyons – Dr Annabelle Pellerin –
Dr Anthony MacDonald

Tel.: (613) 673-4318 • Fax: (613) 673-4480 / P.O. Box 305, 179 Old Hwy 17, Plantagenet, ON K0B 1L0

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING DISCLOSURE OF PATIENT MEDICAL INFORMATION

Privacy regulations require your health care team not divulge any information to unauthorized persons. In today's world, it is common for a spouse or partner to arrange appointments for their family members, to check if they should come back for a follow-up, etc. It is not permissible for a spouse to act on your behalf unless authorized. We require **written consent** to be on file.

Children that are 16 years of age or older must also grant authorization to a parent or guardian.

By default, a parent or guardian is assumed to have authorization for a minor. It becomes difficult to manage this if the surnames of any of the parents are different than the minors, reside at a different residence or there are rules regarding custody. In these cases, please supply full details in writing.

Revocation. You have the right to revoke this authorization, in writing, at any time. However, your written revocation will not affect any disclosures of your medical information that have already been made, before the time you revoke it. In addition, if this authorization was obtained for the purpose of insurance coverage, your revocation may not be effective in certain circumstances where the insurer is contesting a claim. Your revocation must be made in writing and addressed to the Plantagenet Family Health Team.

Signatures. Generally, if you are 16 years of age or older, you are the only person who is permitted to sign a form to authorize the disclosure of your medical information. A spouse cannot authorize disclosure of medical information for you unless they have legal rights to do so.

**PLEASE DROP OFF, FAX, OR MAIL VIA CANADA POST THE
COMPLETED FORM TO OUR OFFICE. THE SIGNED FORM WILL BE
ADDED TO YOUR MEDICAL RECORDS**

Équipe de Santé Familiale
PLANTAGENET
Family Health Team

CONSENTEMENT POUR DIVULGUER LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ

Ce formulaire doit être utilisé dans le but d'autoriser une personne autre que vous-même à communiquer avec notre personnel en ce qui concerne vos informations médicales. (voir au verso pour les instructions)

1. Patient – À ÊTRE COMPLÉTÉ 16 ans et plus

Nom – Nom, Prénom, INIT		
Adresse		Telephone
Ville	Province	Code postal
Date de naissance mm/dd/yyyy		

2. La personne ci-dessous est autorisée à accéder à mes renseignements personnels sur la santé

Nom – Nom, Prénom, INIT		
Adresse		Telephone
Ville	Province	Code postal
Date de naissance mm/dd/yyyy		

Lien:

- Époux (se)/Partenaire Gardien Procuration Autre _____
 Père Mère Fils Fille

3. Je consens, conformément à la spécification ci-dessus, à ce que mes dossiers médicaux et que les informations relatives à ma personne soient entièrement accessibles à la personne spécifiée ci-haut. Je comprends que j'ai le droit de refuser de signer ce consentement et/ou de révoquer la demande de divulgation de renseignements verbalement ou par écrit. Une photocopie de ce consentement sera valide en tant que l'original à moins qu'il y ait une version datée plus récente de ce document.

4. Signature du patient _____ Date _____

5. Je souhaite révoquer toutes les autorisations précédemment soumises.

6. Signature du patient _____ Date _____

Dr. Pierre Boisvert – Dr Joanne Desjardins – Dr Marie-Josée Forgues – Dr Claude Laplante – Dr Paul Lyons – Dr Annabelle Pellerin –
Dr Anthony MacDonald

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ DU PATIENT

Confidentialité. Les règles de la confidentialité exigent que votre équipe de soins de santé ne divulgue aucune information à des personnes non autorisées. Dans le monde d'aujourd'hui, il est courant pour un conjoint ou un partenaire d'organiser des rendez-vous avec les membres de leur famille, de vérifier s'ils doivent revenir pour un suivi, etc. Il n'est pas permis à un conjoint d'agir en votre nom sans autorisation. Nous avons besoin d'un consentement écrit par vous à votre dossier.

Les enfants de 16 ans et plus doivent également autoriser un parent ou un tuteur.

Par défaut, un parent ou un tuteur est censé avoir une autorisation pour un mineur. Cela devient difficile à gérer si le nom de famille de l'un des parents est différent de celui du mineur, réside dans une autre résidence ou s'il existe des règles relatives à la garde. Dans ces cas, veuillez fournir tous les détails par écrit.

Révocation. Vous avez le droit de révoquer cette autorisation, par écrit, à tout moment. Cependant, votre révocation écrite n'affectera pas les divulgations de vos informations médicales qui ont déjà été faites, avant le moment où vous demandez la révocation. De plus, si cette autorisation a été obtenue aux fins d'une couverture d'assurance, votre révocation peut ne pas être effective dans certaines circonstances, lorsque l'assureur conteste une réclamation. Votre révocation doit être faite par écrit et adressée à l'équipe de santé familiale Plantagenet.

Signatures. En règle générale, si vous avez 16 ans ou plus, vous êtes la seule personne autorisée à signer un formulaire autorisant la divulgation de vos renseignements personnels sur la santé. Un conjoint ne peut autoriser la divulgation d'informations médicales pour vous que s'il est légalement autorisé à le faire.

**S'IL VOUS PLAÎT, DÉPOSER VOTRE FORMULAIRE COMPLÉTÉ ET
SIGNÉ À NOTRE CLINIQUE, TÉLÉCOPIER, OU PAR COURRIER VIA
POSTE CANADA. LE FORMULAIRE SERA AJOUTÉ À VOS DOSSIERS
MÉDICAUX.**

