

Consent to Release Personal Health Information

Pursuant to the Personal Health Information Protection Act, 2004 (PHIPA)

Consentement a la Divulgence des Renseignements Personnels sur la Sante

Conformant a la Loi de 2004 sur la Protection des Renseignements Personnels sur la Sante (PRPS)

I, THE UNDERSIGNED:

JE, SOUSSIGNE/E:

(YOUR FIRST AND LAST NAME) / (VOTRE SURNOM ET NOM)

ON BEHALF OF:

AU NOM DE:

(NAME OF THE PERSON FOR WHOM YOU ARE THE SUBSTITUE DECISION MAKER)
(NOM DE LA PERSONNE POUR LAQUELLE VOUS ETES LE MANDATAIRE DE SOINS)

I AUTHORIZE:

J'AUTORISE:

(NAME, PHONE & FAX NUMBER OF PREVIOUS PHYSICIAN/MEDICAL OFFICE)

SEND TO:

A FAIRE PARVENIR:

THE FOLLOWING
MEDICAL INFORMATION:
LES RENSEIGNEMENTS
MEDICAUX SUIVANTS:

- ☐ CHART TRANSFER/ TRANSFER DE DOSSIER
- ☐ RECENT LAB RESULTS/ RESULTATS DE LABORATOIRE
- ☐ CONSULT REPORTS/ CONSULTATIONS
- ☐ INVESTIGATIONS
- ☐ OTHER/ AUTRE _____

REASON FOR TRANSFER:

RAISON POUR LE

TRANSFER:

- ☐ TRANSFER OF HEALTH CARE/
TRANSFERT DE SOINS DE SANTE
- ☐ OTHER/AUTRE _____
Please specify/ SVP Specifier

I UNDERSTAND THE PURPOSE FOR DISCLOSING THIS PERSONAL HEALTH INFORMATION TO THE PERSON NOTED ABOVE. I UNDERSTAND THAT I
CAN REFUSE TO SIGN THIS CONSENT FORMS

JE COMPRENDS LES FINS POUR LESQUELLES LES PRESENTS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTE SERONT DIVULGUES A LA
PERSONNE SUSMENTIONNEE. JE SAIS QUE JE PEUX REFUSER DE SIGNER LE PRESENT FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.

SIGNATURE: _____

DATE: _____

*** PLEASE NOTE: A SUBSTITUTE DECISION MAKER IS PERSON AUTHORIZED UNDER PHIPA TO CONSENT ON BEHALF OF AN INDIVIDUAL, TO
DISCLOSE PERSONAL HEALTH INFORMATION ABOUT THE INDIVIDUAL

*** SVP NOTEZ: UN(E) MADATAIRE DE SOINS EST UNE PERSONNE AUTORISEE EN VERTU DE LA LOI SUR LA PRPSA A CONSENTIR, AU NOM
D'UN(E) INDIVIDU A LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTE DE CETTE INDIVU