

Consentement à divulguer

St. Mary's of the Lake Hospital

340 Union Street
Kingston, Ontario
K7L 5A2
Tel: 613-548-7222

Mental Health Services

752 King Street West
Postal Bag 603
Kingston, Ontario
K7L 4X3
Tel: 613-546-1101

Providence Manor

Long-Term Care
275 Sydenham Street
Kingston, Ontario
K7K 1G7
Tel: 613-549-4164

Providence Care will lead the way in compassion and discovery.

- Mental Health Services
 St. Mary's of the Lake Hospital

- Providence Manor
 Off-site Location: _____

Par le présent j'autorise _____

(nom de l'institution responsable pour l'information)

à divulguer les renseignements personnels sur la santé *(description de l'information demandée)*

concernant le traitement du _____

(dates des rendez-vous/ d'hébergement)

à _____

(nom et adresse de la personne/ de l'organisme demandant l'information)

du dossier de _____

(nom du/ de la patient(e))

Date de naissance du/de la patient(e)

AAAA / MM / JJ

Je comprends que ces renseignements personnels sur la santé seront *seulement* utilisés par le/la destinataire pour la raison de :

Date

AAAA / MM / JJ

Date d'expiration de l'autorisation

AAAA / MM / JJ

Signature du/de la patient(e) et/ou décisionnaire subrogé(e)

Signature du témoin

Notez bien: Cette autorisation doit comporter la signature originale du/de la :

- i) patient(e);
- ii) décisionnaire subrogé(e) (dans le cas d'incapacité du/de la patient(e));
- iii) fiduciaire de la succession.

Un témoin à la signature du/de la patient(e), décisionnaire subrogé(e) ou fiduciaire de la succession doit aussi être complété avec cette autorisation.

Cette autorisation peut être annulée avec une demande par écrit n'importe quand avant la date d'expiration sauf dans un cas d'une action en procès.

Aging · Mental Health
Rehabilitative Care

CONSENT TO DISCLOSE

St. Mary's of the Lake Hospital

340 Union Street
Kingston, Ontario
K7L 5A2
Tel: 613-548-7222

Mental Health Services

752 King Street West
Postal Bag 603
Kingston, Ontario
K7L 4X3
Tel: 613-546-1101

Providence Manor

Long-Term Care
275 Sydenham Street
Kingston, Ontario
K7K 1G7
Tel: 613-549-4164

Hospital · Home · Community

www.providencecare.ca

- Mental Health Services
 St. Mary's of the Lake Hospital

- Providence Manor
 Off-site Location: _____

I hereby authorize _____
(name of facility releasing information)

to disclose the following personal health information (description of information to be disclosed)

concerning treatment on _____
(dates of contact/hospitalization)

to _____
(name and address of person/facility requesting information)

from the records of _____
(name of patient)

Patient's date of birth

I understand that this personal health information is to be used *only* by the recipient for the purposes of:

Date Expiry date of authorization

Signature of Patient or Substitute Decision-maker

Signature of Witness

Note: This authorization must contain the original signature of:

- a) the patient;
- b) the substitute decision-maker if the patient is incapable;
- c) the estate trustee if the patient is deceased.

A witness to the signature of the patient/substitute decision-maker or the estate trustee must also be completed as part of this authorization.

This authorization may be rescinded in writing at any time prior to the expiration date, except where action has been taken.