Addressograph / Label or:

Name:

DOB:

Medicare #:

File #:

AUTHORIZATION TO DISCLOSE PERSONAL HEALTH INFORMATION (PHI)

Health Records

☑ Vitalité Zone: ☐ 1B ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 Facility: ____________

I, the undersigned, ______________________ (____________________)
Name Date of birth

hereby authorize ______________________

to send to ______________________

____

____
Name(s) and address

the following information: Please inform me of my breast density category. Thank you.

Consultation records for: ☐ Taxes ☐ Insurance (for Health Records usage only)

Care or services for the following period: ______________________

Information from patient's record: ______________________
Patient's name

____________ ____________ ____________
Date of birth Medicare File number

This authorization is valid for a period of ____ days following the date of signature of current document (maximum of 365 days).

______________________ ____________
Signature: Patient or substitute decision maker yyyy-mm-dd

______________________ ____________
Witness yyyy-mm-dd

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

Adressographe/ Étiquette ou :

Nom :

DDN :

d'assurance-maladie :

de dossier :

AUTORISATION À COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ (RPS)

Archives cliniques

☑ Vitalité Zone : ☐ 1B ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 Établissement : ______________

* Je soussigné, ______________________________ (______________________),
Nom Date de naissance

autorise ____

à faire parvenir à ____

____

____
Nom(s) et adresse

les renseignements suivants : je souhaite recevoir l'information concernant la catégorie de ma densité mammaire.

Relevé de visites : ☐ Impôts ☐ Assurances (à l'usage des Archives cliniques uniquement)

Soins ou services se rapportant à la période suivante : ______________________

* Renseignements contenus au dossier de ______________________________
Nom du patient

* ______________ ______________ ______________
Date de naissance N° d'assurance-maladie N° de dossier

Cette autorisation est valide pour une période de ____ jours à compter de la date de la signature de ce document (maximum de 365 jours).

* ______________________ ______________
Signataire : patient ou mandataire spécial aaaa-mm-jj

* ______________________ ______________
Témoin à la signature aaaa-mm-jj