



ID de l'utilisateur : _____
 Nom : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____
 NAM : _____
 Numéro de téléphone : _____
 Date de naissance : _____
 Nom de la mère : _____
 Nom du père : _____

**AUTORISATION DE COMMUNIQUER
 DES RENSEIGNEMENTS CONTENUS AU DOSSIER MÉDICAL DE L'USAGER**

Veuillez cocher si urgent (Facultatif) Requis avant le : _____
 AAAA / MM / JJ

Je, soussigné(e) _____

En ma qualité de :

- Usager Représentant légal (joindre une preuve de votre titre)
 Titulaire de l'autorité parentale

Autorise l'établissement :

- Centre hospitalier de l'Université de Montréal Autre (préciser) : _____

À communiquer à _____

Les renseignements suivants :

Pour les soins ou services se rapportant à la période suivante : _____

Mode de transmission :

Courriel : _____

Télécopieur : _____

Poste : _____

Signature de l'utilisateur : _____ Date : _____
 (ou de son représentant légal) AAAA / MM / JJ

Signature du témoin : _____ Date : _____
AAAA / MM / JJ

**** Veuillez noter que le Centre hospitalier de l'Université de Montréal applique le Règlement sur les frais exigibles pour la transcription, la reproduction et la transmission de documents et de renseignements nominatifs (c. A-2.1, r.1.1 décret 1856-87). Selon la loi, nous devons vous aviser des frais avant le traitement de la demande. ****

Initiales : _____