

FUM-8117



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

Je, soussigné(e) _____

En ma qualité de :

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

Autorise l'établissement :

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

À communiquer à _____

Les renseignements suivants :

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

Mode de transmission :

En personne Télécopieur : _____
 Adresse postale : _____

J'autorise l'envoi d'un courriel standard non-sécurisé :

Courriel : _____

Je souhaite obtenir mes documents via une authentification en deux étapes via courriel crypté :

Courriel crypté : _____

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

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