



Nom du patient : _____

Prénom du patient : _____

Date de naissance : _____

Numéro de téléphone : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

Nom complet de la mère : _____

Nom complet du père : _____

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

Mon nom : _____
prénom – nom

Je suis : ☐ Patient
☐ Tuteur ou personne responsable

Je permets au Centre hospitalier de l'Université de
Montréal (CHUM) d'envoyer des informations à :

_____ *nom de la personne, de l'établissement ou de l'entreprise*

Les informations à envoyer sont les suivantes :

Ces informations sont liées
aux soins et services reçus
durant cette période :

_____ *écrivez les jours, le mois ou l'année*

Je veux que les informations soient envoyées de la manière suivante (indiquez un seul choix) :

En personne

Service des archives médicales

Pavillon D, 1^{er} étage, local D.01.050, bureau 3

Par télécopieur : _____
écrivez le numéro

Par la poste :

_____ *écrivez l'adresse*

Par courriel : _____
écrivez l'adresse courriel

Indiquez quel type de courriel :

- ☐ Courriel protégé par un mot de passe
☐ Courriel non protégé par un mot de passe

Votre signature : _____ Date : _____
année – mois – jour

Signature du témoin : _____ Date : _____
année – mois – jour