Cornwall Community Hospital
Hôpital communautaire de Cornwall
**840 McConnell Ave, Cornwall, Ontario**
**K6H 5S5**

**AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF MEDICAL RECORD INFORMATION**

Patient Name: _____ _____ _____
Last Name Given Name CPI # Date of Birth

Address: _____ _____
Street City Province Postal Code Telephone #

The undersigned hereby authorizes/requests the _____
Hospital or Health Services Provider

To provide: _____
Name of Third Party

Address: _____
Street City Province Postal Code

With access to/or photocopies from (circle which) my medical records. The reason for the request is: _____

**The records I authorize to be accessed or photocopied are as follows:**

- ❑ All records
- ❑ For review only
- ❑ Only records relating to the following treatment or admission

Type of Treatment: _____ Dates of Treatment: _____

Expiration Date: (3 months or as stated) _____

_____ _____ _____
Signature of Patient Signature of Witness Date

**IF THE PERSON SIGNING IS NOT THE PATIENT, STATE RELATIONSHIP AND AUTHORITY TO DO SO**

_____ _____ _____ _____
Signature of Legal Representative Relationship Witness (Please Print) Date

1. This authorization may be rescinded or amended in writing at any time prior to the expiration date except where action has been taken in reliance on the authorization.
2. This authorization must contain the original signature of:
   a) the patient, or the parent or legal guardian if the patient is under 16 years of age and unmarried or the legal representative if the patient is deceased or has been certified mentally incompetent, and
   b) the witness to the patient's signature.
3. Requests for release of information must be dated after treatment dates.
4. If the patient does not read or understand English, the authorization form must be interpreted for the patient. The person who acts as the interpreter **must** sign the form as a witness to confirm that this has been done. Please indicate if the interpreter is related to the patient.

_____ _____ _____
Signature of Interpreter Name of Interpreter/Relationship to Patient if Any Date

Cornwall Community Hospital
Hôpital communautaire de Cornwall
**840 avenue McConnell, Cornwall, Ontario**
**K6H 5S5**

**AUTORISATION DE DIVULGUER DE L'INFORMATION CONTENU DANS LE DOSSIER MÉDICAL DU PATIENT**

Note explicative: Dans le présent document, le masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes

Nom du patient: _____ _____ _____
Nom et prénom IPC # Date de naissance

Adresse: _____ _____
rue ville province code postal Nº de téléphone

Par la présente, le soussigné donne son autorisation ou demande à _____
Hôpital ou fournisseur de services de santé

De fournir à: _____
Nom de la tierce partie

Adresse: _____
rue ville province code postal

l'accès à/ou des copies de (cochez ce qui s'applique) mes dossiers médicaux. La raison de la demande est: _____

**Les dossiers auxquels j'autorise l'accès ou pour lesquels j'autorise la transmission de copies sont les suivants:**

- ❑ Tous les dossiers
- ❑ Pour examen seulement
- ❑ Seulement les dossiers relatifs à l'admission ou au traitement suivants:

Type de traitement: _____ Dates du traitement: _____

Date limite d'utilisation: (3 mois ou tel qu'indiqué) _____

_____ _____ _____
Signature du patient Signature du témoin Date

**SI UNE PERSONNE AUTRE QUE LE PATIENT A SIGNÉ, VEUILLEZ INDIQUER LE LIEN DE PARENTÉ ET SOUS QUELLE AUTORITÉ EST EXERCÉ CE DROIT**

_____ _____ _____ _____
Signature du représentant légal Lien de parenté avec le patient Témoin (caractères d'imprimerie) Date

1. La présente autorisation peut être annulée ou amendée par écrit en tout temps avant la date limite d'utilisation, sauf dans le cas où une intervention a été entreprise en recours à cette autorisation.
2. La présente autorisation doit contenir la signature originale:
   a) du patient, du parent ou du tuteur dans le cas d'un patient de moins de 16 ans et célibataire, ou du représentant légal si le patient est décédé ou a été déclaré mentalement incapable, aussi
   b) du témoin de la signature du patient.
3. Les demandes de divulgation de l'information doivent porter une date ultérieure à celles du traitement.
4. Si le patient ne peut lire ou comprendre le français, le formulaire d'autorisation doit lui être interprété. L'interprète **doit** signer le formulaire à titre de témoin afin de confirmer que l'interprétation du document a été faite. Veuillez indiquer si l'interprète a un lien de parenté avec le patient.

_____ _____ _____
Signature de l'interprète Nom de l'interprète/Lien de parenté avec le patient s'il y a lieu Date