

Autorisation à communiquer des renseignements confidentiels

Titre

Service
Soutien aux patients et familles

Numéro de dossier

(fourni par l'HGH)

Nom du patient

Nom antérieur si différent

Date de naissance

Nom du demandeur si différent du patient

Adresse du demandeur

Numéro de téléphone

Adresse courriel

Date de naissance du demandeur

Lien avec le patient

Retourner avec une pièce d'identité avec photo à soutienauxfamilles@hgh.ca

Les pièces d'identité acceptées sont : permis de conduire, passeport, carte santé de l'Ontario, carte RAMQ.

Veuillez préciser l'information demandée :

Signature du patient
ou du demandeur

DATE

Signature du témoin

DATE