

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION  
FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DIVULGATION  
DE L'INFORMATION**



CASE:

D.O.B. (MM/DD/YYYY) AGE SEX ADMIT DATE (MM/DD/YYYY)

2007Y

PATIENT'S ADDRESS

TELEPHONE

CITY, PROVINCE POSTAL CODE

RES. CODE

FAMILY PHYSICIAN

ATTENDING PHYSICIAN

ALLERGIES

ARRIVAL

ROOM - BED

FIN CLASS

M. S.

RELIGION

LANGUAGE

CLERK:

I hereby request and authorize \_\_\_\_\_ to release and/or exchange psychological, educational, medical and other information concerning my medical record(s) and the above is released from all liability that may arise from the release of the information requested.

Par la présente, je demande et j'autorise \_\_\_\_\_ à divulguer ou échanger toute information provenant de mon dossier médical, que ce soit sur mon état psychologique, éducationnel, médical ou autre et je les dégage de toute responsabilité qui pourrait survenir à la suite de la divulgation de l'information demandée.

To / A: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name / Nom: \_\_\_\_\_

Address / Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date of birth / Date de naissance: \_\_\_\_\_

Date of hospitalization/visit / Date de l'hospitalisation: \_\_\_\_\_

Information requested / Information demandée: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Relationship / Lien : \_\_\_\_\_

Witness Signature / Signature du témoin : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

