

1. PATIENT IDENTIFICATION INFORMATION: Please complete this section with information relating to the person whose health information is being disclosed. (Please print clearly and provide as much information possible to ensure your request will be completed.)

Name: _____
(Last) (First) (Middle)

Current Address: _____ Date of Birth: _____
(Street/Unit/Apartment) (Day/Month/Year)

_____ Health Card #: _____
(City, Province, Postal Code)

Telephone: (____) _____ Please check box if patient is deceased

2. AUTHORIZATION TO RELEASE THE FOLLOWING PERSONAL HEALTH INFORMATION:

Please indicate the health care facility you are requesting health information from:

(Name of Health Care Facility)

Specific Health Information: _____

From: _____ To: _____
(Day/Month/Year) (Day/Month/Year)

Is the requested health information for insurance purposes?

3. RELEASE PERSONAL HEALTH INFORMATION TO:

I am requesting copies of my own record **OR**

I am authorizing release of information to the following person(s):

Name: _____

Address: _____
(Street/Unit/Apartment)

(City, Province, Postal Code)

Telephone: (____) _____ Fax: (____) _____

4. HOW TO RECEIVE HEALTH INFORMATION:

Pick up / Call when ready (ID required) Mail Fax: (____) _____

I HEREBY AUTHORIZE HORIZON HEALTH NETWORK TO RELEASE THE REQUESTED PERSONAL HEALTH INFORMATION AS DIRECTED ON THIS FORM. I UNDERSTAND I MAY REVOKE MY AUTHORIZATION AT ANY TIME, IN WRITING. I HEREBY RELEASE HORIZON HEALTH NETWORK AND ITS EMPLOYEES FROM ANY AND ALL CLAIMS WHATSOEVER WHICH MAY ARISE FROM THE RELEASE OF THE REQUESTED PERSONAL HEALTH INFORMATION.

Print Name

Relationship to Patient

Signature

Date

1. RENSEIGNEMENTS PERMETTANT D'IDENTIFIER LES PATIENTS : Veuillez remplir la section ci-dessous des renseignements sur la personne au sujet de laquelle des renseignements personnels sur la santé seront divulgués (veuillez écrire clairement en lettres détachées et fournir le plus de renseignements possible pour que votre demande puisse être traitée).

Nom : _____
(Nom) (Prénom) (Deuxième prénom)

Adresse actuelle : _____ Date de naissance : _____
(rue/bureau/appartement) (jour/mois/année)

_____ No de carte d'assurance-maladie : _____
(ville, province, code postal)

No de téléphone : (____) _____ Veuillez cocher la case si le patient est décédé

2. AUTORISATION DE DIVULGUER LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ SUIVANTS :

Veuillez indiquer l'établissement de soins de santé duquel vous souhaitez obtenir des renseignements sur la santé :

(Nom de l'établissement de soins de santé)

Renseignements précis sur la santé : _____

De : _____ à : _____
(jour/mois/année) (jour/mois/année)

Les renseignements sur la santé sont-ils demandés à des fins d'assurances?

3. DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ À :

Je souhaite obtenir une copie de mes propres dossiers **OU**

J'autorise la divulgation de renseignements à la personne suivante ou aux personnes suivantes :

Nom : _____

Adresse : _____
(rue/bureau/appartement)

_____ (ville, province, code postal)

No de téléphone : (____) _____ No de télécopieur : (____) _____

4. FAÇON D'OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ :

En mains propres sur place / appel lorsque prêt (carte d'identification obligatoire)

Poste

Télécopieur : (____) _____

PAR LA PRÉSENTE, J'AUTORISE LE RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON À DIVULGUER LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ DEMANDÉS SELON LES INSTRUCTIONS DONNÉES DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE. IL EST ENTENDU QUE JE PEUX ANNULER LA PRÉSENTE AUTORISATION EN TOUT TEMPS, À L'ÉCRIT. JE SOUSSIGNÉ LIBÈRE LE RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON ET SES EMPLOYÉS DE TOUTE RÉCLAMATION QUI POURRAIT DÉCOULER DE LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ DEMANDÉS.

Nom en lettres détachées

Lien avec le patient

Signature

Date