



Consent for Release of Personal Health Information

Patient Information

Last Name:		First Name:		Initial:
No.:	Street Name:			Apartment No.:
City:		Province/State:	Country:	
Postal Code/Zip:		Date of Birth:	Gender:	
Contact Number - Area Code & Number:		Extension:	Alternate Number - Area Code & Number:	Extension:

Reason For Request and Release of Information

Self Health Care Provider Lawyer Insurance WSIB Other: _____

The undersigned hereby requests North Bay Regional Health Centre to release/obtain my personal health information to:

Name of Health Care Provider / Third Party:

No.:	Street Name:			Apartment No.:
City:		Province/State:		
Country:		Postal Code/Zip:		
Contact Number:	Area Code & Number:	Extension:	Fax #:	Area Code & Number:

Personal Health Information Authorized for Release

Document(s) Required:	Date of Visit(s):

***Substitute Decision Maker (SDM) must provide the hospital with authorizing documentation.**

Date: _____
Day / Month / Year

Patient/SDM: * _____
(Signature)

_____ *(Please print name)*

Witness: _____
(Signature)

_____ *(Please print name)*

FOR HOSPITAL USE ONLY

Hospital Fee:	Medical Record #

Personal information contained in this form is collected in accordance with the *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* for the purpose of consenting to disclosure of personal health information.
Questions about this collection can be directed to the Manager, Clinical Records Department 705-474-8600 ext 2655.

Please forward to: North Bay Regional Health Centre—Clinical Records Department, 50 College Drive, North Bay, ON
P1B 0A4 - Phone: (705) 474-8600 x2660 – Fax: (705) 495-7931



Consentement à la divulgation de renseignements personnels sur la santé

Renseignements sur le patient

Nom de famille :		Prénom :		Initiale :	
No :	Nom de rue :			No d'appartement :	
Ville :		Province/État :		Pays :	
Code postal/Zip :		Date de naissance :		Sexe :	
No de téléphone – Indicatif régional et numéro :		Poste :	Autre no de tél. - Indicatif régional et numéro :		Poste :

Source de la demande de divulgation de renseignements

Patient même
 Fournisseur de soins de santé
 Avocat
 Assurance
 CSPAAT
 Autre : _____

La personne soussignée autorise le Centre régional de santé de North Bay à divulguer ou à obtenir des renseignements personnels sur la santé concernant la personne susnommée à ou auprès de :

Nom du fournisseur de soins de santé ou de la tierce partie :

No :		Nom de rue :		No d'appartement :	
Ville :			Province/État :		
Pays :			Code postal/Zip :		
No de téléphone :	Indicatif régional et numéro :	Poste :	No de téléc. :	Indicatif régional et numéro :	

Renseignements personnels sur la santé dont la divulgation a été autorisée

Documents requis :	Date de la visite :

***Le mandataire spécial doit fournir à l'hôpital un document d'autorisation.**

Date : _____

jour / mois / année

Patient ou
mandataire spécial* : _____

(Signature)

(Nom en lettres moulées)

Témoïn : _____

(Signature)

(Nom en lettres moulées)

RÉSERVÉ À L'USAGE DE L'HÔPITAL

Frais d'hôpital :	No du dossier médical :

Les renseignements personnels contenus dans le présent formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* aux fins de consentement à la divulgation de renseignements personnels sur la santé. Si vous avez des questions concernant la collecte de ces renseignements, appelez le ou la responsable du Service des dossiers cliniques au 705 474-8600, poste 2655.

Faire parvenir au : Centre régional de santé de North Bay – Service des dossiers cliniques, 50, promenade College North Bay (Ontario) P1B 0A4 – Tél. : 705 474-8600, poste 2660 – Téléc. : 705 495-7931