



Please print

REQUEST TO ACCESS AND/OR RELEASE PERSONAL HEALTH INFORMATION			
Patient's Last name	Patient's First name	Date of Birth <i>dd/mm/yyyy</i>	Chart #
Recipient's Name	Organization	Address	City
Province	Postal Code	Telephone #	Fax #
I hereby authorize the North Shore Health Network to release the following:			
Admission Records Date: <input type="checkbox"/>	Consultation Reports Date: <input type="checkbox"/>	Correspondence Date: <input type="checkbox"/>	Death Record Date: <input type="checkbox"/>
Discharge Summaries Date: <input type="checkbox"/>	Doctors Notes Date: <input type="checkbox"/>	Emergency Records Date: <input type="checkbox"/>	Lab Results Date: <input type="checkbox"/>
Nurses Notes Date: <input type="checkbox"/>	Test Results Date: <input type="checkbox"/>	X-Rays Results Date: <input type="checkbox"/>	Entire Record <input type="checkbox"/>
Other <input type="checkbox"/>	Describe information to be disclosed:		
I understand that this information is to be used by the recipient for the purpose of:			
I declare that my consent to the access or release of my personal health information specified above has been given voluntarily, with the complete understanding that I may withdraw my consent at any time. This consent is valid for one year from the date stated below, unless previously revoked by me.			
Signatory's Name	Signatory's Signature	Date <i>dd/mm/yyyy</i>	
<i>If not signed by Patient</i> , what is the relationship of signatory to patient: Legal Guardian <input type="checkbox"/> or Legal Representative <input type="checkbox"/>			
Documentation that you are an authorized signatory, has been included Yes <input type="checkbox"/> or No <input type="checkbox"/>			
Witness' Name	Witness' Signature	Date <i>dd/mm/yyyy</i>	
NOTE: <ol style="list-style-type: none"> 1. This authorization must contain the original signature of: <ol style="list-style-type: none"> a. The patient; or The legal guardian if the patient is under 17 years of age (required by Regulation 965/90) 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, or legal guardian's or legal representative's signature. 2. This authorization may be rescinded or amended in writing at any time prior to the expiration date, except where action has been taken in reliance on the authorization. 3. The personal health information contained on this form is collected pursuant to the <i>Personal Health Information Protection Act, 2004</i> and will be used for the purpose of responding to your request for access pursuant to section 54 of the Act. Questions about this collection should be directed to the North Shore Health Network Privacy Officer. 4. You will be contacted within 30 days of the receipt of your request. If the information is available, you will be charged a processing fee of \$ 30 and possibly more depending on research time, number of copies, shipping cost, etc. 			
For Hospital Use Only	Assigned to:	Date Received <i>dd/mm/yyyy</i>	Date Completed <i>dd/mm/yyyy</i>
Comments:			

version française au verso

July 5/2017

www.nshn.care

Blind River Site
525 rue Causley Street
C.P./P.O. Box 970
Blind River, ON P0R 1B0
705-356-2265

Richards Landing - Matthews Site
1180 rue Richards Street
C.P./P.O. Box 188
Richards Landing, ON P0R 1J0
705-246-2570

Thessalon Site
135 rue Dawson Street
C.P./P.O. Box 60
Thessalon, ON P0R 1L0
705-842-2014



S'il vous plaît, imprimé :

DEMANDE D'ACCÈS ET/OU DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ

Nom du patient	Prénom du patient	Date de naissance <i>jj/mm/aaaa</i>	No du dossier
Nom du récipiendaire	Organisation	Adresse	Ville
Province	Code Postal	N° téléphone	N° télécopieur

J'autorise le Réseau Santé Rive Nord à divulguer les renseignements suivants :

dossiers d'admission date: <input type="checkbox"/>	rapports de consultation date: <input type="checkbox"/>	correspondance date: <input type="checkbox"/>	enregistrement du décès date: <input type="checkbox"/>
résumés de décharge date: <input type="checkbox"/>	notes des médecins date: <input type="checkbox"/>	dossiers d'urgence date: <input type="checkbox"/>	résultats de laboratoire date: <input type="checkbox"/>
notes des infirmières date: <input type="checkbox"/>	résultats des évaluations date: <input type="checkbox"/>	résultats des rayons-x date: <input type="checkbox"/>	tout le dossier <input type="checkbox"/>
autres <input type="checkbox"/>	Description des renseignements devant être divulgués:		

Je comprends que ces renseignements doivent être utilisés par le destinataire pour :

Je déclare que mon consentement à l'accès et divulgation de mes renseignements personnels de santé spécifiée ci-dessus a été donnée volontairement, avec la compréhension complète que je peux retirer mon consentement en tout temps. Ce consentement est valable pour un an à compter de la date indiquée ci-dessous, à moins que précédemment révoqué par moi.

Nom du signataire	Signature du signataire	Date <i>jj/mm/aaaa</i>
Lien de parenté, si le signataire n'est pas le patient : Tuteur.trice légal <input type="checkbox"/> ou Représentant.e légal <input type="checkbox"/>		
La documentation que vous êtes signataire autorisé est en annexe : Oui <input type="checkbox"/> ou Non <input type="checkbox"/>		
Nom du témoin	Signature du témoin	Date <i>jj/mm/aaaa</i>

NOTE:

1. Cette autorisation doit contenir la signature originale d'une des personnes suivantes ::
 - a. Le patient; ou
Le tuteur légal si le patient est âgé de moins de 17 ans (requis par le règlement 965/90) et célibataire; ou
Le représentant légal, si le patient est décédé ou a été certifié mentalement incapable; et
 - b. Le témoin de la signature du patient ou du tuteur légal ou le représentant légal.
2. Cette autorisation peut être annulée ou modifiée par écrit à tout moment avant la date d'expiration, sauf si des mesures ont été prises en se fondant sur l'autorisation.
3. Les renseignements personnels sur la santé demandés dans ce formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* et seront utilisés pour répondre à votre demande d'accès en vertu de l'article 54 de la Loi. Veuillez adresser vos questions éventuelles sur la collecte de ces renseignements à la personne-ressource responsable de la vie privée du dépositaire de renseignements sur la santé à qui vous faites votre demande d'accès.
4. Nous communiquerons avec vous dans les **30 jours** suivant la réception de votre demande. Si l'information est disponible, vous **serez facturé des frais de traitement de 30 \$ et peut-être plus en fonction de la quantité de recherche, nombre de copies, etc.**

Réservé pour l'hôpital	Assigné à	Date de réception <i>jj/mm/aaaa</i>	Date compléter <i>jj/mm/aaaa</i>
-------------------------------	-----------	-------------------------------------	----------------------------------

Commentaires:

English version on other side

July 5, 2017

www.nshn.care

Blind River Site
525 rue Causley Street
C.P./P.O. Box 970
Blind River, ON P0R 1B0
705-356-2265

Richards Landing - Matthews Site
1180 rue Richards Street
C.P./P.O. Box 188
Richards Landing, ON P0R 1J0
705-246-2570

Thessalon Site
135 rue Dawson Street
C.P./P.O. Box 60
Thessalon, ON P0R 1L0
705-842-2014