

# AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS CONTENUS AU DOSSIER

Nom et prénom à la naissance			
Nom actuellement utilisé			
Adresse actuelle de l'utilisateur			
N° de la RAMQ	Date de naissance	Mois	Jour
	Année		

N° d'événement : \_\_\_\_\_

N° de téléphone du demandeur	Autre n° de téléphone	Travail	Cellulaire
Adresse courriel du demandeur			

Je, soussigné-e, \_\_\_\_\_  
Nom et adresse

En ma qualité de \_\_\_\_\_  
Usager ou personne autorisée

Autorise l'établissement Urgences-santé

À faire parvenir à \_\_\_\_\_

Les renseignements suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pour les soins ou services reçus se rapportant à la période suivante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Contenus dans le dossier de l'utilisateur ci-dessus identifié.

Cette autorisation est valable pour une période de \_\_\_\_\_ jours à compter de la date de la signature de ce document.

\_\_\_\_\_  
Signataire : usager ou personne autorisée

Année	Mois	Jour
Date		

\_\_\_\_\_  
Témoin à la signature

Année	Mois	Jour
Date		

**N.B. :** On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Et le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer. Une copie d'une pièce d'identité et d'une preuve de filiation (le cas échéant) doit être jointe à la demande.