



Timmins and District Hospital
L'Hôpital de Timmins et du district

Consent to Disclose Personal Health Information
Pursuant to the Personal Health Information Protection Act, 2004 (PHIPA)

I, _____ hereby authorize Timmins and District Hospital
(Print your name)

to disclose

my personal health information

Date of Birth

OR

the personal health information of _____
(Name of person for whom you are the substitute decision-maker)*

Date of Birth

consisting of: _____

(Describe the personal health information to be disclosed)

to _____
(Print name and address of person requiring the information)

I understand the purpose for disclosing this personal health information to the person/facility noted above. I understand that I can refuse to sign this consent form.

I hereby waive any and all claims against Timmins and District Hospital in connection with the disclosure of this personal health information.

My Name: _____

Address: _____

Home Tel.: _____

Work Tel.: _____

Signature: _____

Date: _____

Witness Name: _____

Address: _____

Home Tel.: _____

Work Tel.: _____

Signature: _____

Date: _____

***Please note: A substitute decision-maker is a person authorized under PHIPA to consent, on behalf of an individual, to disclose personal health information about the individual.**



Timmins and District Hospital
L'Hôpital de Timmins et du district

Consentement à la divulgation de renseignements personnels sur la santé
en vertu de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé

Par la présente, je, _____, autorise l'Hôpital de Timmins et du district
(Nom en lettres moulées)

à divulguer

mes renseignements personnels sur la santé _____
Date de naissance

OU

les renseignements personnels sur la santé de _____
(Nom de la personne pour qui vous êtes le mandataire spécial*) Date de naissance

qui comprennent : _____

(Décrire les renseignements personnels sur la santé qui seront divulgués)

à _____
(Écrire en lettres moulées le nom et l'adresse de la personne qui demande ces renseignements)

Je comprends la raison de la divulgation de ces renseignements personnels sur la santé à la personne/à l'organisme susnommé. Je comprends que je peux refuser de signer ce formulaire de consentement.

Par la présente, je renonce à toute réclamation contre l'Hôpital de Timmins et du district relativement à la divulgation de ces renseignements personnels sur la santé.

Mon nom : _____

Adresse : _____

Tél. à domicile : _____

Tél. au travail : _____

Signature : _____

Date : _____

Nom du témoin : _____

Adresse : _____

Tél. à domicile : _____

Tél. au travail : _____

Signature : _____

Date : _____

***À noter : Un mandataire spécial est une personne autorisée en vertu de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé à consentir, au nom d'une autre personne, à la divulgation de renseignements personnels sur la santé à son sujet.**