

\*FUM-8117\*



Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
NAM : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Nom de la mère : \_\_\_\_\_  
Nom du père : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS CONTENUS AU DOSSIER MÉDICAL DE L'USAGER

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_

### En ma qualité de :

Usager       Titulaire de l'autorité parentale       Représentant légal (*joindre une preuve de votre titre*)

### Autorise l'établissement :

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)  
 Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

À communiquer à \_\_\_\_\_

### Les renseignements suivants :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

### Mode de transmission :

En personne       Télécopieur : \_\_\_\_\_  
 Adresse postale : \_\_\_\_\_

J'autorise l'envoi d'un courriel standard non-sécurisé :

Courriel : \_\_\_\_\_

Je souhaite obtenir mes documents via une authentification en deux étapes via courriel crypté :

Courriel crypté : \_\_\_\_\_

Signature de l'utilisateur : \_\_\_\_\_  
(ou de son représentant légal)

Date : \_\_\_\_\_  
AAAA - MM - JJ

Signature du témoin : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_  
AAAA - MM - JJ