



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 West Nipissing General Hospital 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, Health Records Department 705-753-3110 Ext. 270.

Please forward to: West Nipissing General Hospital – Health Record Records Department, 725 Coursol Road,
Sturgeon Falls (Ontario) P2B 2Y6 - Phone: (705) 753-3110 Ext.249 Fax: (705) 753-3131
Email: healthrecords@wngh.ca



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 L'Hôpital Général de Nipissing Ouest 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)

Témoin : _____

(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 Archives de Santé au 705-753-3110 Ext 270. **Faire parvenir à :**

Hôpital Général de Nipissing Ouest – Archive de Santé, 725 Chemin Coursol, Sturgeon falls (Ontario) P2B 2Y6

Tél: 705-753-3110 Poste 249 Téléc: 705-753-3131 Courriel: healthrecords@wngh.ca