

1811, boulevard St-Joseph  
Orléans, Ontario K1C 7C6  
Tél: 613-590-0533/Télécopieur: 613-590-7351



## Consentement à la divulgation des renseignements personnels sur la santé

Conformément à la Loi de 2014 sur la protection des renseignements personnels sur la santé

### Transfert de dossier médical

Je, \_\_\_\_\_, autorise l'Équipe de santé familiale communautaire de l'Est d'Ottawa:

- De faire parvenir une copie mon dossier médical à mon nouveau prestataire de soins aux coordonnées suivant :

\_\_\_\_\_

(nom du destinataire, adresse postale et numéro de télécopieur)

ou

- D'obtenir une copie de mon dossier médical pour usage personnel

*Section pour demande de la part d'un gardien légal seulement*

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Signature du témoin : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**\*N.B :Les transferts de dossier seront émis sur une clé USB cryptée ou par impression papier. Tous les frais applicables seront à la charge du patient ou du gardien légal.**

1811 St-Joseph Boulevard  
Orléans, Ontario K1C 7C6  
Phone: 613-590-0533/Fax: 613-590-7351



## Consent to Release Personal Health Information

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

### Chart Transfer

I, \_\_\_\_\_, authorize the Eastern Ottawa Community Family Health Team:

To send a copy of my medical file to my new healthcare provider at the following address:

\_\_\_\_\_

*(Recipient's name, mailing address and fax number)*

or

To obtain a copy of my medical file for personal use

*Section for application by a legal guardian only*

Patient name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Signature of witness: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**\*Please note: File transfers will be issued on an encrypted USB key or by paper printing. All applicable charges will be the responsibility of the patient or legal guardian.**