

**Consentement à la divulgation de renseignements identificateurs sur la santé**  
*(Autorisé en vertu de l'article 34 de la Loi sur les renseignements sur la santé)*

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ autorise que les renseignements  
Nom de la ou du patient

identificateurs suivants me concernant :

---

---

---

---

soient divulgués par : \_\_\_\_\_  
Nom du dépositaire

en vertu de l'article 34 de la Loi sur les renseignements sur la santé, à :

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> D <sup>re</sup> Jenna Gale   | <input type="checkbox"/> D <sup>r</sup> Clara Wu       | <input type="checkbox"/> D <sup>re</sup> Delani Kotarba | <input type="checkbox"/> D <sup>re</sup> Tannys Vause |
| <input type="checkbox"/> D <sup>re</sup> Bryden Magee | <input type="checkbox"/> D <sup>re</sup> Aaron Jackson | <input type="checkbox"/> D <sup>r</sup> Doron Shmorgun  | <input type="checkbox"/> D <sup>re</sup> Justin White |

dans le but suivant : \_\_\_\_\_

Je comprends la raison pour laquelle il m'est demandé de divulguer mes renseignements identificateurs et j'ai conscience des risques ou bénéfices associés au consentement à la divulgation de mes renseignements identificateurs. Je comprends que je peux annuler ce consentement à tout moment.

Daté ce \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Jour Mois Année

\_\_\_\_\_  
Signature du patient(e) ou représentant(e) autorisé(e)

\_\_\_\_\_  
Origine du pouvoir du représentant(e)  
(Se référer à l'article 104(1) de la Loi)

\_\_\_\_\_  
Nom du patient(e) ou du représentant(e) autorisé(e)

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant de l'OFC