

**AUTORISATION  
DE COMMUNIQUER  
DES RENSEIGNEMENTS  
CONTENUS AU DOSSIER**



DT9060

# Dossier:

Nom Complet:

D.D.N:

Sexe: M

N.A.M:

Exp: /

Tél (M):

Tél (T):

Adresse:

Nom de la mère:

Tél:

Nom du père:

Tél:

N° de dossier :

Date d'admission :

Nom et prénom à la naissance		Tél (M):	
Nom actuellement utilisé			
Adresse actuelle de l'utilisateur			
N° de la RAMQ	Date de naissance	Mois	Jour
	Année		

Nom et prénom du père	Nom et prénom de la mère
Autres noms utilisés antérieurement	

Je, soussigné-e, \_\_\_\_\_  
Nom et adresse

En ma qualité de \_\_\_\_\_  
Usager ou personne autorisée

Autorise l'établissement CLINIQUE MÉDICALE PROPULSION - FAX : 581-814-3338  
207-9030 Boul De l'Ornière, Québec (QC) G2B 3K3

À faire parvenir à \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Nom du médecin:

Les renseignements suivants :

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

Contenus dans le dossier de l'utilisateur ci-dessus identifié.

**Cette autorisation est valable pour une période de \_\_\_\_\_ jours à compter de la date de la signature de ce document.**

\_\_\_\_\_  
Signataire : usager ou personne autorisée

Année	Mois	Jour
Date		

\_\_\_\_\_  
Témoin à la signature

Année	Mois	Jour
Date		

**N.B. : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Et le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.**