



**Hôpital général juif**  
**Jewish General Hospital**

3755, Côte-Ste-Catherine, Montréal, QC H3T 1E2  
Archives Médicales Tél : (514) 340-8202



Nom de famille/Family name \_\_\_\_\_ No du dossier/Record No \_\_\_\_\_

Prénom/First name \_\_\_\_\_

Date de naissance/Date of birth \_\_\_\_\_ Téléphone/Telephone \_\_\_\_\_

No R.A.M.Q./Medicare No \_\_\_\_\_

Adresse/Address \_\_\_\_\_

**AUTORISATION DE COMMUNIQUER DE L'INFORMATION**  
**AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION**

Répondue par / Answered by : \_\_\_\_\_

Autre nom utilisé présentement / Other name presently used \_\_\_\_\_

Nom et prénom du père / Surname and given name(s) of father \_\_\_\_\_  
Nom et prénom de la mère / Surname and given name(s) of mother \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e) / I, the undersigned \_\_\_\_\_

En ma qualité de: / In my capacity of:  Patient  Parent  représentant légal/legal representative \_\_\_\_\_  
*Spécifiez/Specify*

Autorise l'établissement / Authorize the establishment : \_\_\_\_\_

À transmettre les renseignements suivants / To transmit the following information: \_\_\_\_\_

Concernant les services reçus durant la période suivante / Concerning the services received during the following period: \_\_\_\_\_

Par poste / By mail : À faire parvenir à / To send to : \_\_\_\_\_  
*Nom de la personne / Name of the person*

Adresse postale / Mailing Address \_\_\_\_\_

Adresse postale / Mailing Address \_\_\_\_\_

Cueillette / Pick-up \_\_\_\_\_

Cueillette par: (Nom de la personne) / Pick-up by: (Name of person) \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone / Telephone number \_\_\_\_\_

Signature du patient ou de son représentant légal \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
**Signature of patient or his legal representative** AAYY/MM/JD

Signature du témoin / Witness' signature \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
AAYY/MM/JD

*Cette autorisation est valide pour une période de 90 jours suivant la date de la signature de ce document.*  
**This authorization is valid for a period of 90 days following the date this document was signed.**