Winnipeg Regional Health Authority / Office régional de la santé de Winnipeg
Caring for Health / *À l'écoute de notre santé*

MISERICORDIA Health • Centre

(FRANÇAIS AU VERSO)

REQUEST TO ACCESS PERSONAL HEALTH INFORMATION

PART 1: PATIENT/CLIENT/RESIDENT INFORMATION

LAST NAME _____ FIRST NAME _____

Date of Birth: D D M M M Y Y Y Y Health Card Number: _____

Address: _____
STREET NAME AND NUMBER CITY PROVINCE POSTAL CODE

Phone Numbers: Home: ( ) _____ Work: ( ) _____ Cell: ( ) _____

PART 2: INFORMATION REQUESTED

Date(s) and where services provided: _____

Specific personal health information being requested: _____

This is a request to: ☐ examine (view) **and/or** → ☐ receive a copy of the information described above.

This request is for my own information: ☐ Yes ☐ No **If NO – complete Part 3.**

You may be required to pay a fee to examine and/or receive a copy of the information requested

PART 3: PERSON PERMITTED TO EXERCISE THE RIGHTS OF AN INDIVIDUAL

LAST NAME _____ FIRST NAME _____

Address: _____
STREET NAME AND NUMBER CITY PROVINCE POSTAL CODE

Phone Numbers: Home: ( ) _____ Work: ( ) _____ Cell: ( ) _____

Indicate Your Authority: _____

You may be required to provide documentation to prove you have the legal authority to exercise the rights of the individual.

PART 4: WRITTEN AUTHORIZATION FOR CARE CURRENTLY BEING PROVIDED ONLY

I authorize _____ to examine and/or receive a copy of the information described in Part 2.
LAST NAME FIRST NAME

PART 5: SIGN OFF BY PATIENT/CLIENT/RESIDENT OR PERSON DESCRIBED IN PART 3

Signature of Person making Request: _____ Date: D D M M M Y Y Y Y

PART 6: OTHER

Signature of Health Provider/ Medical Director/Privacy Officer: _____ Date Received: D D M M M Y Y Y Y

Date of examination (viewing): D D M M M Y Y Y Y Date Copies Provided: D D M M M Y Y Y Y

DISTRIBUTION: Original to Individual's Health Record

Winnipeg Regional Health Authority | Office régional de la santé de Winnipeg
Caring for Health | *À l'écoute de notre santé*

MISERICORDIA Health • Centre

(ENGLISH ON REVERSE)

DEMANDE D'ACCÈS À DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS

PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT/CLIENT/RÉSIDENT

NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM _____

Date de naissance : J J M M M A A A A Numéro de la carte santé : _____

Adresse : _____
NOM DE RUE ET NUMÉRO MUNICIPAL VILLE PROVINCE CODE POSTAL

Nos de téléphone : Maison : ( ) _____ Travail : ( ) _____ Tél. Cell : ( ) _____

PARTIE 2 : RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS

Date(s) et lieux de la prestation des services : _____

Renseignements médicaux personnels demandés : _____

Il s'agit d'une demande pour : ☐ examiner (consulter) **et/ou** → ☐ recevoir une copie des renseignements précisés ci-dessus.

Je demande des renseignements me concernant personnellement : ☐ Oui ☐ Non **Si la réponse est NON – remplir la Partie 3.**

Vous pourriez devoir payer des frais pour examiner et/ou recevoir une copie des renseignements demandés.

PARTIE 3 : PERSONNE AUTORISÉE À EXERCER LES DROITS D'UN PARTICULIER

NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM _____

Adresse : _____
NOM DE RUE ET NUMÉRO MUNICIPAL VILLE PROVINCE CODE POSTAL

Nos de téléphone : Maison : ( ) _____ Travail : ( ) _____ Tél. Cell : ( ) _____

Indiquer votre autorisation : _____

Vous pourriez devoir fournir des documents pour prouver votre autorisation légale d'exercer les droits de la personne concernée.

PARTIE 4 : AUTORISATION ÉCRITE – UNIQUEMENT POUR LES SOINS FOURNIS À L'HEURE ACTUELLE

J'autorise : _____ à examiner et à obtenir une copie des renseignements décrites dans la Partie 2.
NOM DE FAMILLE PRÉNOM

PARTIE 5 : SIGNATURE DU PATIENT / DU CLIENT / DU RÉSIDENT / DE LA PERSONNE DÉCRITE DANS LA PARTIE 3

Signature du demandeur : _____ Date : J J M M M A A A A

PARTIE 6 : AUTRES

Signature du prestataire de soins / du directeur médical / agent de protection de la vie privée : _____ Date de réception : J J M M M A A A A

Date de l'examen (consultation) : D D M M M Y Y Y Y Date de remise des copies : D D M M M Y Y Y Y

DISTRIBUTION: Original à verser dans le dossier médical