



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**

À l'usage des Archives Médicales: Français English
For use of Medical Record:

Répondue par / Answered by : _____

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

Nom / Name

En ma qualité de:

In my capacity of:

Patient

Parent

Représentant légal

Legal representative

Spécifiez / Specify

Autorise l'établissement

Authorize the establishment

CIUSSS Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal (Veuillez cocher les sites à l'endos)

CIUSSS West-Central- Montreal (Please check sites on reverse side)

Autre établissement:

Other establishment:

À transmettre les renseignements suivants

To transmit the following information

Pour les soins / services reçus se rapportant à la période suivante

Concerning the care / services received during the following period

Mode de transmission
Transmission mode

Par poste
By mail

Nom et Adresse / Name and Address

Viendra prendre les documents
Will come to pick-up

Nom / numéro de téléphone / Name / telephone number

Par télécopieur
By fax

POUR USAGE INTER-ÉTABLISSEMENT SEULEMENT / INTER-ESTABLISHMENT USE ONLY

Nom du destinataire et numéro de télécopieur / Recipient's name and fax number

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.

Signature du patient ou de son représentant légal
Signature of patient or his legal representative

Date:

AAYY/MM/JD

Signature du témoin / Witness' signature

Date:

AAYY/MM/JD

Veillez prendre note que le CIUSSS Centre-Ouest-de-l'île-de Montréal applique le Règlement sur les frais exigibles pour la transcription, la reproduction et la transmission de documents et de renseignements nominatifs (c.A-2.1, r.1.1 décret: 1856-87). Des frais sont applicables pour le nombre excédentaire de 20 impressions. Selon la loi, nous devons vous aviser des frais avant le traitement de la demande.

Please note the the CIUSSS West-Central-Montreal complies with the Regulation respecting fees for the transcription, reproduction or transmission of documents or personal information (c.A-2.1, r.1.1 décret:1856-57). A fee will be charge over the 20 copies franchise. According to the law, we must advise you of the fees prior to the processing of your request.

Initiales
Initials

Nom et prénom du patient / Last and first name of patient: _____

Hôpital Général Juif
3755, Côte-Ste-Catherine
Montréal, Québec
H3T 1E2
Tel.: (514) 340-8222
Fax: (514) 340-7556

**Centre de réadaptation
Constance-Lethbridge**
7005, boul. de Maisonneuve
Montréal, Québec
H4B 1T3
Tel.: (514) 487-1891
Fax: (514) 487-2745

Centre Miriam
8160, rue Royden
Mont-Royal, Québec
H4P 2T2
Tel.: (514) 345-0210
Fax: (514) 345-8485

CHSLD juif de Montréal
5725, ave. Victoria
Montréal, Québec
H3W 3H6
Tel.: (514) 738-4500

**Centre gériatrique
Maimonides Donald Berman**
5795, ave. Caldwell
Montréal, Québec
H4W 1W3
Tel.: (514) 483-2121
Fax: (514) 483-1561

**Centre hospitalier
Mont-Sinai**
5690, boul. Cavendish
Montréal, Québec
H4W 1S7
Tel.: (514) 369-2222
Fax: (514) 369-5661

**Centre de Réadaptation
MAB-Mackay**
7000, Sherbrooke Ouest
Montréal, Québec
H4B 1R3
Tel.: (514) 488-5552
Fax: (514) 482-0504

**Ressource intermédiaire
Lev-Tov**
6900, Sherbrooke Ouest
Montréal, Québec
H4B 1P9
Tel.: (514) 489-4448
Fax: (514) 489-7625

**Ressource intermédiaire
Maison Paternelle**
1904, ave. Van Horne
Montréal, Québec
H4S 1N7
Tel.: (514) 733-5388
Fax: (514) 344-3374

CSSS Cavendish

Hôpital Richardson
Centre administratif
5425, ave. Bessborough
Montréal, Québec
H4V 2S7
Tel.: (514) 484-7878 #2
Fax: (514) 483-2694

Hôpital Catherine Booth
4375, ave. Montclair
Montréal, Québec
H4B 2J5
Tel.: (514) 481-0431
Fax: (514) 481-6722

CHSLD Father Dowd
6565, Hudson
Montréal, Québec
H3S 2T7
Tel.: (514) 932-3630 #2
Fax: (514) 483-2694

CLSC de Benny Farm
6484, ave. Monkland
Montréal, Québec
H4B 1H3
Tel.: (514) 484-7878 #3
Fax: (514) 485-6406

CHSLD Henri-Bradet
6465, ave. Chester
Montréal, Québec
H4V 2Z8
Tel.: (514) 484-7878 #2
Fax: (514) 483-2694

CHSLD Saint-Andrew's
3350, boul. Cavendish
Montréal, Québec
H4B 2M7
Tel.: (514) 932-3630 #1
Fax: (514) 485-2694

CHSLD St-Margaret's
50, Hillside
Montréal, Québec
H3Z 1V9
Tel.: (514) 932-3630 #3
Fax: (514) 485-2694

CLSC René-Cassin
5800, boul. Cavendish
Bureau 600
Côte St-Luc, Québec
H4W 2T5
Tel.: (514) 484-7878 #1
Fax: (514) 485-6406

CSSS de la Montagne

Tel.: (514) 731-8531 ext. 8484 Fax: (514) 380-5202

CLSC Côte-des-Neiges
5700, Côte-des-Neiges
Montréal, Québec
H3T 2A8

CLSC Métro
1801, boul. de Maisonneuve Ouest
Montréal, Québec
H3H 1J9

CLSC Parc-Extension
7085, Hutchison
Montréal, Québec
H3N 1Y9

**Maison de naissance
Côte-des-Neiges**
6560, Côte-des-Neiges
Montréal, Québec
H3S 2A7

Service régional Info-Santé
2021, av. Union, Bureau 1100
Montréal, Québec
H3A 2S9

**Point de Service
Outremont**
1271, ave. Van Horne
Montréal, Québec
H2V 1K5

**Ressource
de la Montagne**
7001, Ave. Parc
Montréal, Québec
H3N 1X7

Manoir Renaissance
5995, rue Dolbeau
Montréal, Québec
H3S 2G1

Résidence Salomon
5900, boul. Décarie
Montréal, Québec
H3X 2J7

**Maison bleue de
Côte-des-Neiges**
3735, Plamondon
Montréal, Québec
H3S 1L8

**Maison bleue de
Parc-Extension**
7867, Querbes
Montréal, Québec
H3N 2B9