



REQUEST ACCESS TO PERSONAL HEALTH RECORD

Information and Instructions

We will provide you with access to your personal health record, unless a legal exception applies. We will review all health record access requests, and will make every effort to respond to your request in a timely fashion. We have 30 days to respond to your request. Please complete Parts A and B of this form. For information about our privacy protection practices, contact Sylvie Camiré at 705-372-2958. We will be contacting you for more information if needed and/or when the documents are ready.

PART A: PATIENT INFORMATION

Last Name First Name Initials

Mailing Address

Telephone Number Date of Birth

If you are a substitute decision-maker (SDM), your contact information:

Last Name First Name Initials

Mailing Address Telephone Number

Note: Include copies of documents that provide your authority as a substitute decision-maker.

PART B: ACCESS REQUEST

1. Please describe what you need and include details that will help us locate the record (e.g., dates, name of healthcare provider, specific reason for visit – i.e. emergency visits, laboratory, x-rays, etc.).

Document(s) Required:	Date of Visit(s):
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2. How would you prefer to access this information with cost as per established fees? Please check off:

- Receive hard copies of originals - \$30 includes 20 copies; then 25¢ per copy, microfilm 50¢ per copy
- Diagnostic Imaging - \$30 initial fee + \$10 per CD
- Examine originals in the facility - \$30 for 15 minutes (includes 20 copies);
- Dates certification, date of birth, etc. - \$30 for certification / confirmation
- Forward to a doctor/hospital (no fees): _____

Patient/SDM (signature) Name (print) Date

Witness (signature) Name (print) Date

RESERVED FOR HOSPITAL USE ONLY

Fee:	Processed by (Signature) :	Chart Number:
	Processed by (Printed) :	Date:



DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL

Renseignements et directives

Nous allons vous donner accès à votre dossier médical, à moins qu'une exception légale s'applique. Nous allons revoir toutes les demandes d'accès au dossier médical, et déployer tous nos efforts pour répondre à votre demande aussi vite que possible. Nous avons 30 jours afin de répondre à votre demande. SVP, complétez les parties A et B de ce formulaire. Pour des informations au sujet de la protection des renseignements personnels, contactez Sylvie Camiré au 705-372-2958. Nous vous contacterons pour de plus amples renseignements au besoin et/ou lorsque nous aurons traité votre demande.

PARTIE A : RENSEIGNEMENTS SUR LE/LA PATIENT(E)

Nom de famille _____ Prénom _____ Initiales _____

Adresse postale _____

No de téléphone _____ Date de naissance _____

Si vous êtes le mandataire spécial (MS), informations pour vous contacter:

Nom de famille _____ Prénom _____ Initials _____

Adresse postale _____ No de téléphone _____

Note: Inclure une copie des documents qui prouvent votre autorité en tant que mandataire spécial.

PARTIE B : DEMANDE D'ACCÈS

1. SVP, décrivez les documents requis et incluez les détails qui nous aideraient à localiser le dossier (c.-à-d., dates, nom du fournisseur de soins de santé, raison spécifique – i.e. visite à l'urgence, laboratoire, radiographie, etc.).

Document(s) requis:	Date de visite(s):

2. Comment préférez-vous accéder à ces renseignements avec les frais établis? SVP, cochez:

- Recevoir des copies des originaux - 30 \$ inclus 20 copies; ensuite 25¢/copie, microfilm 50¢/copie
- Visualisation diagnostique - 30 \$ frais initial + 10 \$ par disque compact
- Examiner les originaux sur place - 30 \$ pour 15 minutes (inclus 20 copies)
- Attestation de dates, naissance, etc. - 30 \$ pour attestation/confirmation
- Faire acheminer à un médecin/hôpital (aucun frais) : _____

Signature (patient/MS) _____ Nom (imprimé) _____ Date _____

Signature (témoin) _____ Nom (imprimé) _____ Date _____

RÉSERVÉ À L'USAGE DE L'HÔPITAL SEULEMENT

Frais :	Traitée par (Signature) :	No. de dossier :
	Traitée par (Imprimé) :	Date :