



Dr Roger Saint-Laurent

Psychologue clinicien

www.drslsaintlaurent.com

Formulaire d'autorisation

Une fois signé, ce formulaire m'autorise à transmettre de l'information protégée, contenue dans votre dossier clinique, à la personne que vous désignez.

J'autorise le psychologue Roger Saint-Laurent, D. Psy., CGP, SEP, à communiquer les informations suivantes : (Veuillez définir l'information que vous consentez à divulguer. Votre description doit être aussi détaillée et précise que possible.)

Cette information peut être transmise uniquement à : (nom et adresse de la personne à qui cette information doit être communiquée) :

Je demande au Dr Roger Saint-Laurent de transmettre l'information ci-dessus définie pour les raisons suivantes : (Si vous êtes mon client/ma cliente et que vous préférez ne pas fournir de motif particulier, inscrivez simplement « À la demande de la personne ».)

Cette autorisation sera valide jusqu'au : (inscrivez la date de cessation de l'autorisation) ou jusqu'à (précisez un événement se rapportant à vous ou à la personne désignée ou encore au but de la divulgation) :

Vous avez, en tout temps, le droit d'annuler la présente autorisation en me faisant parvenir un avis écrit, à mon adresse de bureau. Veuillez noter cependant que le fait d'annuler ne pourra avoir d'effet sur les actions que j'aurai posées en précédence, ni dans le cas où l'annulation aura été exigée par votre assureur dans le but de fournir un remboursement ou dans le cas d'une contestation d'une demande de remboursement.

Je reconnais que mon psychologue ne peut rendre les services qu'il me fournit conditionnels à la signature du présent formulaire, à moins que ces services ne soient expressément fournis dans le but de créer un dossier d'information santé pour une tierce partie.

Je reconnais que l'information utilisée ou divulguée par suite de la présente autorisation peut être retransmise à nouveau par la personne à qui elle est communiquée, et donc n'est plus protégée en vertu de la règle de confidentialité incluse dans la loi HIPAA.

Signature du client

Date

Dans le cas où une personne représentant le client signe le présent formulaire, une description précise des pouvoirs de cette personne qui agit au nom du client doit être fournie :
