

(FRANÇAIS AU VERSO)
REQUEST TO CORRECT
PERSONAL HEALTH INFORMATION

PART 1: PATIENT/CLIENT/RESIDENT INFORMATION

 LAST NAME FIRST NAME

Date of Birth:

D	D	M	M	M	Y	Y	Y

 Health Card Number:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Address: _____
 STREET NAME AND NUMBER CITY PROVINCE POSTAL CODE

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

PART 2: I REQUEST THE FOLLOWING CORRECTION

Date(s) and where services provided: _____

Specific correction to personal health information being requested: _____

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

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

 LAST NAME FIRST NAME

Indicate Your Authority: _____

Address: _____
 STREET NAME AND NUMBER CITY PROVINCE POSTAL CODE

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

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

PART 4: SIGN OFF

Signature of Person making Request: _____ Date:

D	D	M	M	M	Y	Y	Y

You will be contacted within 30 days of the receipt of your request to advise of how it will be handled.

PART 5: OTHER

Signature of Privacy Officer: _____ Date Received:

D	D	M	M	M	Y	Y	Y

DEMANDE DE CORRECTION 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

N^{os} de téléphone : Maison : () _____ Travail : () _____ Tél. Cell : () _____

PARTIE 2 : JE DEMANDE LA CORRECTION SUIVANTE

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

Demande de correction à apporter aux renseignements médicaux personnels : _____

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

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

 NOM DE FAMILLE PRÉNOM

Indiquer votre autorisation : _____

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

N^{os} de téléphone : Maison : () _____ Travail : () _____ Tél. Cell : () _____

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

PARTIE 4 : SIGNATURE

Signature du demandeur : _____ Date :

J	J	M	M	M	A	A	A	A	

On communiquera avec vous dans les 30 jours suivant la réception de votre demande pour vous informer de son traitement.

PARTIE 5 : AUTRES

Signature de l'agent de la protection de la vie privée. _____ Date de réception :

J	J	M	M	M	A	A	A	A	