

**Clinique médicale Bromont**

C101-82, boul. de Bromont, Bromont (Québec) J2L 2K3

Téléphone : 450-534-5474 Télécopie : 450-534 1725

www.cliniquemedicalebromont.com

**Nom et prénom à la naissance**

**Adresse actuelle de l'utilisateur**

**RAMQ**

**Date de naissance**

Je soussigné-e, , demande à la Clinique médicale Bromont d'**autoriser**

- |   |           |                          |            |                          |            |                          |       |                          |
|---|-----------|--------------------------|------------|--------------------------|------------|--------------------------|-------|--------------------------|
| 1) Prise de rendez-vous                               | Mère/Père | <input type="checkbox"/> | Conjoint/e | <input type="checkbox"/> | Fille/Fils | <input type="checkbox"/> | Autre | <input type="checkbox"/> |
| 2) Confirmation de rendez-vous                        | Mère/Père | <input type="checkbox"/> | Conjoint/e | <input type="checkbox"/> | Fille/Fils | <input type="checkbox"/> | Autre | <input type="checkbox"/> |
| 3) Annulation de rendez-vous                          | Mère/Père | <input type="checkbox"/> | Conjoint/e | <input type="checkbox"/> | Fille/Fils | <input type="checkbox"/> | Autre | <input type="checkbox"/> |
| 4) Accès aux rapports de consultation                 | Mère/Père | <input type="checkbox"/> | Conjoint/e | <input type="checkbox"/> | Fille/Fils | <input type="checkbox"/> | Autre | <input type="checkbox"/> |
| 5) Accès aux résultats d'examens                      | Mère/Père | <input type="checkbox"/> | Conjoint/e | <input type="checkbox"/> | Fille/Fils | <input type="checkbox"/> | Autre | <input type="checkbox"/> |
| 6) Communiquer avec mon médecin                       | Mère/Père | <input type="checkbox"/> | Conjoint/e | <input type="checkbox"/> | Fille/Fils | <input type="checkbox"/> | Autre | <input type="checkbox"/> |
| 7) Communiquer avec les professionnels de la clinique | Mère/Père | <input type="checkbox"/> | Conjoint/e | <input type="checkbox"/> | Fille/Fils | <input type="checkbox"/> | Autre | <input type="checkbox"/> |
| 8) Remise de documents                                | Mère/Père | <input type="checkbox"/> | Conjoint/e | <input type="checkbox"/> | Fille/Fils | <input type="checkbox"/> | Autre | <input type="checkbox"/> |
| 9) Accès au portail                                   | Mère/Père | <input type="checkbox"/> | Conjoint/e | <input type="checkbox"/> | Fille/Fils | <input type="checkbox"/> | Autre | <input type="checkbox"/> |

Nom de la mère/père :

Nom du conjoint :

Nom de la fille/fils :

Autre :

**Je refuse tous les points énoncés ci-dessus**

Je consens à devoir aviser la clinique afin de modifier et/ou mettre fin à cette demande.

Cette autorisation est valable pour une période de **365** jours à compter de la date de la signature de ce document

**Signature : usager ou personne autorisée**

**Date**