|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **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’usager**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**RAMQ**  **Date de naissance**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Je soussigné-e, Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte., demande à la Clinique médicale Bromont d’**autoriser**

1. Prise de rendez-vous Mère/Père Conjoint/e Fille/Fils Autre
2. Confirmation de rendez-vous Mère/Père Conjoint/e Fille/Fils Autre
3. Annulation de rendez-vous Mère/Père Conjoint/e Fille/Fils Autre
4. Accès aux rapports de Mère/Père Conjoint/e Fille/Fils Autre

Consultation

1. Accès aux résultats Mère/Père Conjoint/e Fille/Fils Autre

D’examens

1. Communiquer avec mon Mère/Père Conjoint/e Fille/Fils Autre

Médecin

1. Communiquer avec les Mère/Père Conjoint/e Fille/Fils Autre

Professionnels de la clinique

1. Remise de documents Mère/Père Conjoint/e Fille/Fils Autre
2. Accès au portail Mère/Père Conjoint/e Fille/Fils Autre

Nom de la mère/père : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom du conjoint : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom de la fille/fils : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Signature : usager ou personne autorisée** **Date**