

# Directive de consentement pour le partage des données

# avec vos contacts d’urgence *Juin 2018*

Pour procéder à ce partage, nous avons besoin de vous demander avec qui vous consentez de partager vos renseignements personnels et vos données médicales de l’évaluation ?

Sachez que vous avez le droit de refuser ou de retirer votre consentement au partage de vos renseignements personnels sur la santé en tout temps.

Donc, avec qui consentiez-vous consentez de partager vos renseignements personnels et vos données médicales de l’évaluation?

Je, , consens que mes renseignements personnels et mes renseignements personnels sur la santé soient partagés avec mes contacts d’urgence et mes autres fournisseurs de soins nommés ci-dessous :

1. ddd

*(Nom) (Relation/agence) (# téléphone)*

2.

*(Nom) (Relation/agence) (# téléphone)*

3.

*(Nom) (Relation/agence) (# téléphone)*

4.

*(Nom) (Relation/agence) (# téléphone)*

5.

*(Nom) (Relation/agence) (# téléphone)*

Signature : Date (JJ/mois/AAAA) :

Nom du Mandataire spécial pour soins : Preuve fourni : Oui Non

Nom du Mandataire pour biens :

[www.caheritage.org](http://www.caheritage.org)