



Student Health Services
 William & Mary Brown
 McGill University
 3600 McTavish Street, Room 3301
 Montreal, QC Canada H3A 0G3
 Tel. 514.398.6017 Fax: 514.398.2559

Services de santé aux étudiants
 William & Mary Brown
 Université McGill
 3600, rue McTavish, bureau 3301
 Montréal (Québec) Canada H3A 0G3
 Tél.: 514.398.6017 Téléc.: 514.398.2559

For internal use only

SHS chart # _____
 Date done: _____
 By: _____

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS

(must be completed every time information is requested) (doit être complété chaque fois qu'une information est demandée)

I, the undersigned <i>Je, le sousigné</i>	{your full name/votre nom}	McGill ID <i>No de Matricule</i>	
Authorize <i>Autorise :</i>	Student Health Services, McGill University <i>Services de santé aux étudiants, Université McGill</i>		

I want to send my information to / J'aimerais faire parvenir mes renseignements à :

Note : We do not forward information by email. / Nous ne transmettons pas les renseignements par courrier électronique.

Name <i>Nom :</i>	{Person/establishment you are releasing your information to / nom du personne/établissement qui va recevoir l'information}		
<input type="checkbox"/>	By Fax : # <i>Par Télécopieur : #</i>		()
<input type="checkbox"/>	By Regular Mail <i>Par la poste</i> Address / Adresse :		
<input type="checkbox"/>	For Pick-up / À ramasser: <i>Call when ready / aviser dès prêt</i>		()

Please release the following information / SVP, communiquer les renseignements suivants:

Note : If you require interpretation of your tests/results, you will need to **book an appointment**

Si vous avez besoin d'interprétation de vos résultats, un **rendez-vous est requis**

<input type="checkbox"/>	Blood Test Results dated : <i>Résultats de prises de sang en date du</i>	
<input type="checkbox"/>	Other results: details <i>Autres résultats : détails</i>	
<input type="checkbox"/>	Immunization Record <i>Dossier d'immunisation</i>	
<input type="checkbox"/>	Entire chart (charge of \$5.00) <i>Dossier au complet (frais de 5.00\$)</i>	
<input type="checkbox"/>	Other <i>Autre</i>	

Processing Time: 5 - 7 working days*/ Temps de traitement: 5 - 7 jours ouvrables.

If your file is archived it will take us longer. Please also note that your file is destroyed 8 years after your last visit.

--	--	--

PATIENT'S SIGNATURE / SIGNATURE DU PATIENT

DATE

WITNESS / TÉMOIN

NOTICE CONCERNING CONFIDENTIALITY: This message, which contains privileged and confidential information, is strictly for the use of the addressee. If you are not the intended recipient, you are hereby officially notified that it is strictly prohibited to reveal, circulate or copy this message in any way. If you have received this communication in error, please advise us immediately by telephone and return it to us, collect, at the address shown on the letterhead.

AVERTISSEMENT CONCERNANT LA CONFIDENTIALITÉ : Ce message est strictement réservé à l'usage de l'individu ou de l'entreprise à qui il est adressé et contient de l'information privilégiée et confidentielle. Si vous n'êtes pas le destinataire projeté de ce message, vous êtes par la présente avisé que tout dévoilement, distribution ou copie de communication est strictement prohibé. Si vous avez reçu cette communication par erreur, veuillez nous téléphoner immédiatement et nous retourner le message, à nos frais, à l'adresse mentionnée ci haut.