



**AUTHORIZATION TO
RELEASE MEDICAL INFORMATION**
V. 22/03/2018

I, the undersigned, _____ born on DD / MM / YYYY
(Print Name)

and _____ born on DD / MM / YYYY
(Print Partner Name – If applicable)

authorize _____
(Doctor, Health Center or Hospital)

to release my medical records or the documents specified below to the Conceptia Clinic:

Name: _____ Signature: _____ Date: _____

Partner: _____ Signature: _____ Date: _____
(If applicable)

Witness: _____ Signature: _____ Date: _____

Please choose one of the following:

- Fax: 506 862-7571
- E-mail: info@conceptia.ca
- Regular mail: Conceptia Clinic, Hôtel-Dieu Pavilion, 35 Providence street, Moncton NB E1C 8X3

Keep in mind that any information that is communicated via fax or e-mail is not entirely safe and may be intercepted and used by third parties other than the intended recipient

Je, _____, soussigné(e), né(e) le JJ / MM / AAAA
(Nom en lettres moulées)

et _____, soussigné(e), né(e) le JJ / MM / AAAA
(Nom du Partenaire en lettres moulées – Si applicable)

autorise _____
(Médecin, Clinique ou Hôpital)

à divulguer une copie de mon dossier médical ou les documents spécifiés ci-dessous à la clinique Conceptia, soit :

Nom: _____ Signature: _____ Date: _____

Nom: _____ Signature: _____ Date: _____
(Si applicable)

Témoin: _____ Signature: _____ Date: _____

Choisir l'un des moyens suivants:

- Télécopieur: 506 862-7571
- Courriel: info@conceptia.ca
- Courrier régulier: Clinique Conceptia, Pavillon Hôtel-Dieu, 35 rue Providence, Moncton NB E1C 8X3

Veillez garder à l'esprit que toute information communiquée via télécopieur ou courrier électronique n'est pas entièrement sûre et peut être interceptée et utilisée par des personnes autres que le destinataire.