Ministry of Health / Ministère de la Santé

Ontario

Statement of Representative Appointed Under the Mental Health Act to Give or Refuse Consent on Patient's behalf to Access or Disclose Clinical Record

Attestation de (de la) représentant (e) nommé(e) en vertu de la *Loi la santé mentale* à donner ou refuser au nom du (de la) patient(e) son consentement à l'accès ou la divulgation du dossier clinique

To: Officer in charge of
Destinataire : Dirigeant(e) responsable de _____
(name of psychiatric facility/nom de l'établissement psychiatrique)

I, ☐ am willing to act as a representative for
J'accepte de représenter

☐ am not
Je n'accepte pas de représenter

_____
(full name of patient/nom du (de la) patient(e)

if she/he becomes mentally incapable to consent to/refuse access or disclosure of the clinical record.
dans l'éventualité de son incapacité mentale à donner ou refuser son consentement à l'accès ou la divulgation du dossier clinique.

_____
(date)

_____
(signature of representative/signature du (de la) représentant(e))

_____
(print full name of representative/nom du (de la) représentant(e) en lettres moulées)

_____
(address/adresse)

_____

_____

_____
(telephone – home/téléphone – résidence)

_____
(telephone – work/téléphone – travail)