

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE PATIENT

LOCALISATION : RIVERSIDE SAFE HARBOR PEARL STREET SOUTH END CHAMPLAIN ISLANDS GOOD HEALTH WINOOSKI ESSEX

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES DU PATIENT (VEUILLEZ REMPLIR L'INTÉGRALITÉ DU FORMULAIRE AU STYLO NOIR OU BLEU UNIQUEMENT)

NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		INITIAL DU DEUXIÈME PRÉNOM		NOM CHOISI (LE CAS ÉCHÉANT)		
RUE		LOCALITÉ		ÉTAT		CODE POSTAL		
ADRESSE POSTALE (SI DIFFÉRENTE DE L'ADRESSE PHYSIQUE)								
NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE				DATE DE NAISSANCE		PRONOMS		
TÉLÉPHONE PORTABLE				TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL		TÉLÉPHONE FIXE		
ADRESSE E-MAIL					MÉTHODE DE CONTACT PRÉFÉRÉE <input type="checkbox"/> TÉLÉPHONE <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> E-MAIL <input type="checkbox"/> PORTAIL PATIENT			
SEXES À LA NAISSANCE <input type="checkbox"/> FÉMININ <input type="checkbox"/> MASCULIN		GENRE ACTUEL <input type="checkbox"/> FÉMININ <input type="checkbox"/> MASCULIN		IDENTITÉ DE GENRE <input type="checkbox"/> FÉMININ <input type="checkbox"/> MASCULIN <input type="checkbox"/> HOMME TRANSGENRE (DE FEMME À HOMME) <input type="checkbox"/> FEMME TRANSGENRE (D'HOMME À FEMME) <input type="checkbox"/> GENDERQUEER <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> PRÉFÈRE NE PAS LE DIVULGUER			ORIENTATION SEXUELLE <input type="checkbox"/> HÉTÉROSEXUELLE <input type="checkbox"/> HOMOSEXUELLE <input type="checkbox"/> BISEXUELLE <input type="checkbox"/> QUELQUE CHOSE D'AUTRE <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS <input type="checkbox"/> PRÉFÈRE NE PAS LE DIVULGUER	
LANGUE PRINCIPALE				AVEZ-VOUS BESOIN DE SERVICES D'INTERPRÉTATION ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
SITUATION MATRIMONIALE <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> SÉPARÉ(E) <input type="checkbox"/> MARIÉ(E) <input type="checkbox"/> VEUF(-VE) <input type="checkbox"/> DIVORCÉ(E) <input type="checkbox"/> UNION CIVILE			ÊTES-VOUS VÉTÉRAN DES ÉTATS-UNIS ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		ÊTES-VOUS TRAVAILLEUR AGRICOLE ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> MIGRANT <input type="checkbox"/> SAISONNIER			
STATUT DU LOGEMENT ÊTES-VOUS SANS ABRI ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI VOUS ÊTES SANS-ABRI, ÊTES-VOUS : <input type="checkbox"/> EN COHABITATION (VOUS VIVEZ AVEC D'AUTRES PERSONNES) <input type="checkbox"/> SANS ABRI <input type="checkbox"/> RUE <input type="checkbox"/> EN TRANSITION <input type="checkbox"/> INCONNU								
ORIGINE ETHNIQUE (SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES APPLICABLES)								
ASIATIQUE		NATIF DE HAWAÏ OU DES ÎLES DU PACIFIQUE		NOIR OU AFRICAIN AMÉRICAIN	INDIEN D'AMÉRIQUE OU NATIF DE L'ALASKA	BLANC	PRÉFÈRE NE PAS LE DIVULGUER	
<input type="checkbox"/> CHINOIS		<input type="checkbox"/> HAWAÏËN D'ORIGINE		<input type="checkbox"/> NOIR OU AFRO-AMÉRICAIN	<input type="checkbox"/> INDIEN D'AMÉRIQUE OU NATIF DE L'ALASKA	<input type="checkbox"/> BLANC	<input type="checkbox"/> PRÉFÈRE NE PAS LE DIVULGUER	
<input type="checkbox"/> VIETNAMIEN		<input type="checkbox"/> AUTRES ÎLES DU PACIFIQUE						
<input type="checkbox"/> INDIEN D'ASIE		<input type="checkbox"/> GUAMANAIS OU CHAMORRO						
<input type="checkbox"/> CORÉEN		<input type="checkbox"/> SAMOAN						
<input type="checkbox"/> PHILIPPIN								
<input type="checkbox"/> JAPONAIS								
<input type="checkbox"/> AUTRES PAYS D'ASIE								
D'ORIGINE HISPANIQUE, LATINO OU ESPAGNOLE				PAS D'ORIGINE HISPANIQUE, LATINO OU ESPAGNOLE		PRÉFÈRE NE PAS LE DIVULGUER		
<input type="checkbox"/> MEXICAIN <input type="checkbox"/> MEXICAIN AMÉRICAIN <input type="checkbox"/> CHICANO				<input type="checkbox"/> PAS D'ORIGINE HISPANIQUE, LATINO OU ESPAGNOLE		<input type="checkbox"/> PRÉFÈRE NE PAS LE DIVULGUER		
<input type="checkbox"/> PORTORICAIN								
<input type="checkbox"/> CUBAIN								
<input type="checkbox"/> D'ORIGINE HISPANIQUE, LATINO OU ESPAGNOLE								
<input type="checkbox"/> AUTRE ORIGINE HISPANIQUE, LATINO, ET ESPAGNOLE								

FOURCHETTE DE REVENUS ANNUELS DU MÉNAGE EN FONCTION DE LA TAILLE DE LA FAMILLE

1	0 \$ à 15 960 \$	15 961 \$ à 23 940 \$	23 941 \$ à 31 920 \$	31 921 \$ et plus
2	0 \$ à 21 640 \$	21 641 \$ à 32 460 \$	32 461 \$ à 43 280 \$	43 281 \$ et plus
3	0 \$ à 27 320 \$	27 321 \$ à 40 980 \$	40 981 \$ à 54 640 \$.	54 641 \$ et plus
4	0 \$ à 33 000 \$	33 001 \$ à 49 500 \$	49 501 \$ à 66 000 \$	66 001 \$ et plus
5	0 \$ à 38 680 \$	38 681 \$ à 58 020 \$	58 021 \$ à 77 360 \$	77 361 \$ et plus
6	0 \$ à 44 360 \$	44 361 \$ à 66 540 \$	66 541 \$ à 88 720 \$	88 721 \$ et plus
7	0 \$ à 50 040 \$	50 041 \$ à 75 060 \$	75 061 \$ à 100 080 \$	100 081 \$ et plus
8	0 \$ à 55 720 \$	55 721 \$ à 83 580 \$	83 581 \$ à 111 440 \$	111 441 \$ et plus
9	0 \$ à 61 400 \$	61 401 \$ à 92 100 \$	92 101 \$ à 122 800 \$	122 801 \$ et plus
10	0 \$ à 67 080 \$	67 081 \$ à 100 620 \$	100 621 \$ à 134 160 \$	134 161 \$ et plus
*	<i>* AJOUTER 5 680 \$ POUR CHAQUE MEMBRE SUPPLÉMENTAIRE DE LA FAMILLE.</i>	<i>* AJOUTER 8 520 \$ POUR CHAQUE MEMBRE SUPPLÉMENTAIRE DE LA FAMILLE.</i>	<i>* AJOUTER 11 360 \$ POUR CHAQUE MEMBRE SUPPLÉMENTAIRE DE LA FAMILLE.</i>	

INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE DENTAIRE

- Je dispose actuellement d'une assurance dentaire.
- Je n'ai actuellement PAS d'assurance dentaire.
- Je souhaiterais bénéficier du tarif dégressif.

NOM DE L'ASSURANCE DENTAIRE :

NUMÉRO D'ID/DE POLICE :

NOM DU TITULAIRE DE LA POLICE :

ADRESSE DU TITULAIRE DE LA POLICE :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU TITULAIRE DE LA POLICE :

DATE DE NAISSANCE DU TITULAIRE DE LA POLICE :

INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE DENTAIRE SECONDAIRE :

NOM DE L'ASSURANCE DENTAIRE :

NUMÉRO D'ID/DE POLICE :

NOM DU TITULAIRE DE LA POLICE :

ADRESSE TITULAIRE DE LA POLICE :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU TITULAIRE DE LA POLICE :

DATE DE NAISSANCE DU DU TITULAIRE DE LA POLICE :

INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE MALADIE

- Je dispose actuellement d'une assurance médicale.
- Je n'ai actuellement PAS d'assurance médicale.
- Je souhaiterais bénéficier du tarif dégressif.

NOM DE L'ASSURANCE MÉDICALE :

NUMÉRO D'ID/DE POLICE :

NOM DU TITULAIRE DE LA POLICE :

ADRESSE DU TITULAIRE DE LA POLICE :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU TITULAIRE DE LA POLICE :

DATE DE NAISSANCE DU TITULAIRE DE LA POLICE :

INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE MALADIE SECONDAIRE :

NOM DE L'ASSURANCE MÉDICALE :

NUMÉRO D'ID/DE POLICE :

NOM DU TITULAIRE DE LA POLICE :

ADRESSE TITULAIRE DE LA POLICE :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU TITULAIRE DE LA POLICE :

DATE DE NAISSANCE DU DU TITULAIRE DE LA POLICE :

PHARMACIE PRÉFÉRÉE

NOM DE LA PHARMACIE

ADRESSE DE LA PHARMACIE

COORDONNÉES DE LA PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM **RELATION** **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE**

INFORMATIONS SUR LA PERSONNE RESPONSABLE (TOUT PATIENT ÂGÉ DE MOINS DE 18 ANS DOIT AVOIR UN RESPONSABLE)

PARENT TUTEUR

TUTEUR (LA PREUVE DU STATUT LÉGAL EST OBLIGATOIRE POUR POUVOIR RECEVOIR UN TRAITEMENT DANS LES CHC)

NOM DE FAMILLE **PRÉNOM** **INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM** **NOM CHOISI (LE CAS ÉCHÉANT)**

RUE **LOCALITÉ** **ÉTAT** **CODE POSTAL**

DATE DE NAISSANCE **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE**



Community Health Centers

- RIVERSIDE • SAFE HARBOR • PEARL STREET • SCHOOL-BASED DENTAL CENTER •
- CHAMPLAIN ISLANDS • SOUTH END • GOOD HEALTH • WINOOSKI • ESSEX •

Consentement au traitement

I. Consentement au traitement

Par la présente, je donne mon consentement au traitement pour moi-même ou pour le patient désigné (dont je suis le parent ou le tuteur légal qui a le droit de consentir au traitement pour le patient désigné) au sein des Centres de santé communautaire (CHC). Le traitement peut comprendre le dépistage, le diagnostic, le traitement médical, les soins dentaires, les services sociaux, le dépistage, l'évaluation, le diagnostic et le traitement en matière de santé mentale ou de consommation de drogues et d'alcool, et les services psychiatriques.

II. Attribution de prestations

- A. J'autorise les CHC à facturer et à recevoir le paiement directement de Medicaid /Medicare ou de toute autre compagnie d'assurance pour les services qui m'ont été fournis.
- B. Par la présente, je cède aux CHC tous les paiements de Medicaid, Medicare ou de toute police d'assurance maladie pour les soins de santé qui m'ont été dispensés au sein des CHC.
- C. Je comprends que je suis responsable de tout solde impayé résultant de mes soins au sein des CHC.
- D. Je reconnais qu'à ma connaissance, les informations démographiques que j'ai communiquées sont vraies et correctes.
- E. Une copie des attentes en matière de paiement des CHC est disponible sur demande.

III. Résiliation et restrictions du présent consentement :

- A. Je comprends que j'ai le droit d'annuler ce consentement à tout moment par écrit. L'annulation de ce consentement n'affectera pas les mesures prises par les CHC sur la base de ce consentement avant qu'il ne soit annulé. S'il n'est pas annulé avant, ce consentement prendra fin à la date suivante : _____ . Si rien n'est indiqué, le présent consentement prendra fin trois ans après la dernière date de prestation de services à mon égard.
- B. J'ai lu le présent consentement au traitement, je comprends son contenu et j'y consens en toute connaissance de cause.

OBLIGATOIRE

Nom du patient : _____ Date de naissance : _____

Signature du patient : _____ Date : _____

Nom du parent/tuteur : _____

Signature du parent/tuteur : _____ Date : _____