

## LA RED HEALTH CENTER FORME D'ENREGISTREMENT

### INFORMATION DU PATIENT

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prénom & Nom: _____<br>Numéro de sécurité sociale (SSN#): ____-____-____<br>Adresse: _____<br>P.O. Box: _____<br>Ville: _____<br>État: _____ Code postale: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Êtes vous un enrôlé du CHAP? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Langue maternelle: _____<br>Race: Blanche <input type="checkbox"/> Noire/Américain noir <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/><br>Natif des Iles Hawaii <input type="checkbox"/> Natif d'autres Iles Pacifiques <input type="checkbox"/><br>Amérindien-Natif de l'Alaska <input type="checkbox"/> Races Mixtes <input type="checkbox"/><br>Groupe ethnique: Hispano/Latin <input type="checkbox"/> Haïtien <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> _____<br>Pays d'origine: _____ |
| Numéro de téléphone à domicile: (____) ____-____<br>Numéro de téléphone au travail: (____) ____-____<br>Numéro de téléphone (Portable): (____) ____-____<br>Pouvons-nous vous laisser un message ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Statut marital: Célibataire <input type="checkbox"/> Marié (e) <input type="checkbox"/> Divorcé (e) <input type="checkbox"/><br>Veuf (e) <input type="checkbox"/> Séparé (e) <input type="checkbox"/><br>Sexe: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Date de naissance: ____/____/____ MM/JJ/AA<br>Médecin Traitant: _____ | Contact d'urgence (Nom): _____<br>Tel du contact d'urgence: (____) ____-____<br>Lien de parenté du contact: _____<br>Pouvons-nous laisser un message à ce numéro? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Êtes-vous un vétéran des USA? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>Statut logistique? Propriétaire/locataire <input type="checkbox"/> Sans abri <input type="checkbox"/><br>En transition <input type="checkbox"/> Sous locataire <input type="checkbox"/> Rue <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> _____                              |
| <b>Où avez vous entendu parler de La Red?</b> Travail <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Service Sociale <input type="checkbox"/> Brochure <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

### INFORMATION DE L'EMPLOYEUR

|                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Étudiant <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Emploi personnel <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/><br>Employeur: _____<br>No. tél. de l'employeur: (____) ____-____ | Adresse de l'employeur: _____<br>Ville: _____ État: _____ Code Postale : _____<br>Adresse Électronique: _____ |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### INFORMATION DE L'ASSURANCE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Assurance originale: _____<br>Date effective de couverture: ____/____/____ MM/JJ/AA<br>Nom du bénéficiaire: _____<br>No. du certificat #: _____<br>Nom du Groupe: _____<br>No. du Groupe : _____<br>No. de téléphone de l'assurance #: (____) ____-____<br>Lien de parenté: Soi-même <input type="checkbox"/> Époux (e) <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/><br>DDN du souscripteur ____/____/____ SSN#: ____-____-____ | Assurance secondaire: _____<br>Date effective de couverture: ____/____/____ MM/JJ/AA<br>Nom du bénéficiaire: _____<br>No. du certificat #: _____<br>Nom du Groupe: _____<br>No. du Groupe : _____<br>No. de téléphone de l'assurance #: (____) ____-____<br>Lien de parenté: Soi-même <input type="checkbox"/> Époux(e) <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/><br>DDN du souscripteur ____/____/____ SSN#: ____-____-____ |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Remplir si le patient est mineur (En-dessous de 18 ans): INFORMATION DU PARENT OU DU GARDIEN LEGAL

|                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom & Prénom: _____<br>Adresse 1 : _____<br>P.O. Box: _____<br>Ville: _____ État: _____ Code Postale: _____<br>Numéro de Sécurité Sociale (SSN#): ____-____-____ | Sexe: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Date de Naissance: ____/____/____ MM/JJ/AA<br>Numéro de téléphone à domicile: (____) ____-____<br>Numéro de téléphone au travail: (____) ____-____<br>Numéro du téléphone portable: (____) ____-____<br>Lien de parenté au patient: _____ |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Je certifie que l'information ci-dessus est vraie au mieux de ma connaissance. J'accepte la responsabilité des charges médicales encourues par le patient et j'accepte de payer le montant requis sur place si aucun arrangement préalable n'a été fait. J'autorise mon assurance à payer mon bordereau directement au Centre de Santé La Red. Je comprends que si mon assurance n'a pas payé la totalité de mon bordereau, je suis responsable du paiement de la balance. J'autorise mon médecin à divulguer toute information nécessaire au besoin de mon traitement ou requis par mon assurance. J'ai reçu l'offre/ou reçu une copie de la forme HIPAA de confidentialité du Centre de Santé La Red.

|                                                                           |                        |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| _____<br>Signature du Patient (parent si le patient en dessous de 18 ans) | _____<br>Imprimé       |
|                                                                           | ____/____/____<br>Date |