

## Le Centre de Santé de Faith Mission

### Enregistrement du patient

Date : \_\_\_\_\_

#### Informations sur le patient

Nom complet : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*Nom de famille*

*Prénom*

*Initiale du deuxième prénom*

Nom préféré : \_\_\_\_\_ Pronoms préférés ? \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

*Adresse de rue*

*Appartement/Unité n°*

*Ville*

*État*

*Code postal*

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ N° de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

#### Coordonnées d'urgence

Nom du contact d'urgence : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Relation au contact d'urgence : \_\_\_\_\_

Pouvons-nous communiquer des informations de santé protégées à votre contact d'urgence ?

Oui  Non

#### Informations démographiques

État matrimonial :  marié(e)  célibataire  en couple  divorcé(e)  veuf/veuve  autre

Race :  afro-américain/noir  asiatique  îlien du Pacifique  blanc

amérindien  autre : \_\_\_\_\_

Ethnicité (veuillez en sélectionner une) :  hispanique ou latino  non-hispanique ou latino

Langue primaire parlée :  anglais  espagnol  arabe  bengali

autre : \_\_\_\_\_

Aurez-vous besoin d'un traducteur ?  Oui  Non

## Le Centre de Santé de Faith Mission

### Informations sur l'assurance

Avez-vous actuellement une assurance maladie ?  Oui  Non

Si Non, souhaitez-vous de l'aide pour obtenir une assurance ?  Oui  Non

Plan de santé que j'ai actuellement :

- Buckeye  CareSource  Molina  United HealthCare  Aetna  Humana  
 Anthem  Medicare  autre : \_\_\_\_\_

### Informations sur le logement

Êtes-vous actuellement sans-abri ?  Oui  No

Abri/ Lit n° : \_\_\_\_\_  Abri transitionnel  Rue

Emménager avec de la famille ou des amis  Logement supervisé permanent

Aucun plan pour le logement ou logement incohérent

Habitez-vous dans un logement social ?  Oui  Non

Êtes-vous à Columbus pour la saison et résidez-vous ailleurs ?  Oui  Non

### Informations complémentaires

Columbus est-elle votre résidence principale ?  Oui  Non

Si Non, où résidez-vous : \_\_\_\_\_

Êtes-vous un travailleur migrant ?  Oui  Non

Êtes-vous un ancien combattant ?  Oui  Non

**Orientation sexuelle :**  lesbienne ou gay  bisexuel  ne sais pas  choisis de ne pas divulguer

**Identité de genre :**  masculin  féminin  transgenre M à F  transgenre F à M

non-binaire  autre  choisis de ne pas divulguer

**Sexe assigné à la naissance :**  masculin  féminin  intersexué(e)  choisis de ne pas divulguer

Comment avez-vous entendu parler du Centre de santé ?

\_\_\_\_\_

## Le Centre de Santé de Faith Mission

### Déclaration de la taille et du revenu du ménage

Nom :	Date :
-------	--------

Nombre total de personnes dans mon ménage (veuillez vous inclure) : \_\_\_\_\_  
**(Ce nombre devrait inclure toutes les personnes dont vous êtes financièrement responsable dans le ménage. Cela signifie que vous êtes responsable de plus de la moitié de leurs dépenses et besoins.)**

- Je certifie par la présente qu'il n'y a pas de revenu dans mon ménage
- Je certifie par la présente que je suis un client du Centre de santé de Faith Mission et que je, ou quelqu'un de mon ménage, reçoit un revenu des sources suivantes :

Salaire provenant d'un emploi, y compris les commissions, pourboires, primes, honoraires, etc.	<b>Soi</b>	\$ _____
	<b>Conjoint(e)</b>	\$ _____
	<b>Parent</b>	\$ _____
	<b>Adulte non apparenté</b>	\$ _____
Allocations de chômage, d'invalidité ou d'autres prestations d'aide publique		\$ _____
Revenus provenant de l'exploitation d'une entreprise, y compris le fait d'être travailleur indépendant		\$ _____
Revenus locatifs de tout type de propriété		\$ _____
Cotisations de sécurité sociale		\$ _____
Rentés, polices non sécurisées, fonds de retraite, pensions ou prestations de décès		\$ _____
Intérêts ou dividendes provenant de l'actif		\$ _____
Toute autre source qui n'a pas été nommée ci-dessus. Source : _____		\$ _____
<b>Total :</b>		<b>\$ _____</b>

Sous peine de parjure, j'atteste que les informations présentées dans le présent document sont vraies et exactes à ma connaissance. Le soussigné comprend en outre que le fait de fournir une fausse déclaration aux présentes constitue un acte de fraude. Des renseignements faux, trompeurs ou incomplets sur le revenu peuvent entraîner la cessation de services.

\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Nom du client/ Personne autorisée (imprimer)    Signature du client/ signature de la personne autorisée    Date

\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Nom du personnel (imprimer)    Signature du personnel    Date

## Le Centre de Santé de Faith Mission

### Consentement éclairé pour le traitement

Je consens par la présente à la fourniture d'un diagnostic, de soins et/ou de traitement par le Centre de santé de Faith Mission, qu'il s'agit d'une visite en personne ou d'une visite de télémédecine avec mon fournisseur de soins, et je reconnais par la présente que ce consentement demeurera en vigueur jusqu'à ce que j'annule le consentement par écrit.

On m'a demandé de fournir des renseignements sur mon revenu et mon assurance médicale à des fins de facturation, mais je comprends que le défaut de fournir ces renseignements ne m'empêchera pas de recevoir des soins et/ou un traitement.

Je reconnais et confirme par la présente que je suis mentalement apte de donner un consentement éclairé à la fourniture du diagnostic, des soins et/ou du traitement et que je ne suis pas soumis à la contrainte ou à une influence indue.

Je reconnais et comprends par la présente, qu'en signant ce formulaire de consentement éclairé du patient, je donne mon consentement éclairé à la fourniture d'un diagnostic, de soins et/ou d'un traitement par LE CENTRE DE SANTÉ DE FAITH MISSION. Je ne peux pas porter plainte pour responsabilité délictuelle ou autre action similaire, y compris une action sur une réclamation médicale, dentaire, podiatrique, optométrique, comportementale ou autre allégation liée à la santé, contre LE CENTRE DE SANTÉ DE FAITH MISSION, à moins que l'action ou la mission des prestataires bénévoles au CENTRE DE SANTÉ DE FAITH MISSION ne constitue une inconduite volontaire ou délibérée.

**CONFIDENTIALITÉ ET LIMITES DE CONFIDENTIALITÉ** *L'ensemble de notre personnel respecte les normes professionnelles, juridiques et éthiques, en matière de confidentialité. En signant, je comprends que les lois nous obligent et/ou nous permettent d'informer certaines personnes dans des situations d'homicide anticipé, de suicide et de violence ou de négligence envers les enfants ou les aînés.*

\_\_\_\_\_  
Nom du client/ Personne autorisée à permettre la divulgation

\_\_\_\_\_  
Signature du client/ Personne autorisée à permettre la divulgation

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom du personnel/témoin

\_\_\_\_\_  
Signature du personnel/témoin

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date

## **Formulaire de consentement du patient HIPAA**

LE PRÉSENT AVIS DÉCRIT COMMENT LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX VOUS CONCERNANT PEUVENT ÊTRE UTILISÉS ET DIVULGUÉS ET COMMENT VOUS POUVEZ AVOIR ACCÈS À CES RENSEIGNEMENTS. VEUILLEZ PASSER EN REVUE ATTENTIVEMENT

Notre avis de pratiques en matière de protection de la vie privée fournit des renseignements sur la façon dont nous pouvons utiliser ou divulguer des informations de santé protégées.

Les modalités de l'avis peuvent changer, si c'est le cas, vous serez avisé lors de votre prochaine visite de mettre à jour votre signature/date.

Vous avez le droit de restreindre la façon dont vos informations de santé protégées sont utilisées et divulguées pour le traitement, le paiement ou les opérations de soins de santé. Nous ne sommes pas tenus d'accepter la présente restriction, mais si nous l'acceptons, nous respecterons le présent accord. La loi sur la portabilité et la responsabilité des assurances maladie (HIPAA - Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) permet l'utilisation de l'information pour le traitement, le paiement ou les opérations de soins de santé.

En signant le présent formulaire, vous consentez à notre utilisation et divulgation de vos informations de santé protégées et à l'utilisation potentiellement anonyme dans une publication. Vous avez le droit de révoquer le présent consentement par écrit, signé par vous. Toutefois, une telle révocation ne sera pas rétroactive.

- Le cabinet se réserve le droit d'obtenir et/ou de distribuer des copies de mes dossiers médicaux à tout médecin ou établissement aux fins de l'évaluation et/ou de la comparaison avec l'examen et les tests effectués sur moi, à des fins d'assurance ou de facturation, d'opérations des soins de santé ou de santé mentale et de toxicomanie (y compris le traitement direct ou indirect par d'autres fournisseurs de soins de santé participant à mon traitement).
- Le cabinet se réserve le droit de modifier la politique de confidentialité dans les limites permises par la loi
- Le patient a le droit de restreindre l'utilisation de l'information, mais le cabinet n'est pas tenu d'accepter ces restrictions.
- Le patient a le droit de révoquer le présent consentement par écrit, à tout moment, et toutes les divulgations complètes cesseront alors.

**Le présent consentement a été signé par  
(VEUILLEZ IMPRIMER LE NOM) :** \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
*Signature du patient ou du représentant du patient*

Témoin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

***Pour obtenir une copie non abrégée de nos pratiques en matière de protection de la vie privée de l'HIPAA, veuillez demander à un membre du personnel.***