

Patient Prénom: \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Date de Naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Téléphone de Maison: \_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_

Sexe attribué à la naissance: Homme Femme

Identité de genre: Homme Femme Transgenre Homme / Femme à Homme Transgenre Femme / Homme à Femme Autre Choisir de ne pas divulguer

Orientation sexuelle: Lesbienne ou gai Hétéro (non lesbienne / non gai) Bisexuelle Autre chose  
Non connue Choisir de ne pas divulguer

Adresse: \_\_\_\_\_  
(Rue) (Ville) (Etat) (Code Postal)

Adresse Postale (Si c'est différent): \_\_\_\_\_  
(Rue) (Ville) (Etat) (Code postal)

### Rappels de rendez-vous / Confirmations / Avis spéciaux / Partage d'informations

La messagerie électronique et textuelle nous permet d'échanger efficacement des informations. Dans le même temps, nous reconnaissons que la messagerie électronique et la messagerie texte ne constituent pas un moyen de communication totalement sécurisé, car ces messages peuvent être adressés à la mauvaise personne ou mal utilisé pendant la transmission. Si vous souhaitez que nous envoyions des courriers électroniques et/ou des messages texte contenant vos informations médicales, veuillez fournir les informations suivantes pour autoriser CCHD à communiquer avec vous et avec d'autres prestataires de soins de santé pour vos soins médicaux et votre traitement.

\*\* Remplissez les éléments suivants uniquement si la correspondance par courrier électronique (email) / texte (sms) est autorisée :

Adresse email pour m'envoyer des informations: \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone pour m'envoyer des textes (sms): \_\_\_\_\_

\*Si vous préférez ne pas autoriser l'utilisation du courrier électronique / de la messagerie texte, nous continuerons d'utiliser la (U.S. Mail) ou le téléphone pour communiquer avec vous.

**VOTRE MEDECIN** \_\_\_\_\_ Dr. Royeen Dr. Curry Emily Eichelberger NP

**VOTRE DENTISTE:** \_\_\_\_\_  Dr. Watson

**Ethnicité** Non Hispanique/ Non Latino  
Hispanique/ Latino  
 Inconnu / Non reporté

**Race** Indien Américain / natif d'Alaska Asiatique  
Noir / Africain-Américain Blanc  
Plus d'une race Natif d' Hawaii  
Autres îles Pacifiques Refusé

**Statut Marital:** Célibataire Marié Séparé légalement Divorcé Veuf/ Veuve

**Êtes- vous un étudiant?** Non Oui **Vétérant?** Non Oui **Travailleur migrant?** Non Oui

**Maison:** Propriétaire En location Maison Sociale Sans domicile fixe Vit avec des Amis / Famille

**Quel est votre revenu annuel approximatif?** \_\_\_\_\_ Taille de la famille \_\_\_\_\_ Refuse de dire

**Le patient a-t-il besoin d'un interprète?** Non Oui Espagnole / Français/ Langue de signes

**Si le patient a l'âge de moins de 18 ans, le parent /le garde responsable de l'enfant a-t-il besoin de l'interpréter ?** Non Oui Espagnole / Français/ Langue de signes

**Est-ce que le patient a une procuration pour ses soins de santé / DIRECTIVE PREALABLE / ordre de Ne -Pas-Ressusciter/Tuteur décidé par le tribunal?** Non Oui \*Si oui, s'il vous plaît, fournissez nous une copie.

### CONTACT EN CAS D'URGENCE:

NOM: \_\_\_\_\_

Lien de Parenté: \_\_\_\_\_ Numéro de Téléphone: \_\_\_\_\_

1

**NOM DU PATIENT:** \_\_\_\_\_ **DATE DE NAISSANCE:** \_\_\_\_\_

**INFORMATION DE LA PARTIE RESPONSABLE** \*Personne à facturer si autre que le patient

Prénom : \_\_\_\_\_ MI: \_\_ Nom de Famille : \_\_\_\_\_ Suffixe : \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité Sociale: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Date de Naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexe: Mâle Femelle

Adresse : \_\_\_\_\_  
(Adresse) (Ville) (Etat) (Code Postal)

Numéro de Téléphone : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS DE L'ASSURANCE:** Cochez tout ce qui est applicable

Medicaid Allkids Medicare Assurance Privée Paiement Personnel Grille Tarifaire

Nom de l'Assuré: \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale de l'Assuré: \_\_\_\_\_ Date de Naissance: \_\_\_\_\_

Lieu de Travail: \_\_\_\_\_ Numéro Téléphone de travail: \_\_\_\_\_

Nom de **L'Assurance Médicale:** \_\_\_\_\_ Numéro de la Police: \_\_\_\_\_  
(Policy Number)

Numéro de Membre: \_\_\_\_\_ Date d'Entrée en vigueur: \_\_\_\_\_

Nom de **l'Assurance Dentaire:** \_\_\_\_\_ Numéro de la Police: \_\_\_\_\_  
(Policy Number)

Numéro de Membre \_\_\_\_\_ Date d'Entrée en vigueur: \_\_\_\_\_

Tous les patients ont le droit au traitement par la Clinique de Santé / Santé Comportementale /Dentaire de Cass County sans discrimination d'âge, de race, de religion, de sexe, d'orientation sexuelle ou de nationalité d'origine.

Les informations fournies ci-dessus sont vraies et correctes à ma connaissance.

J'accepte toute responsabilité pour les soins et traitement de ma personne/ mon enfant, et décharge la

Clinique de Santé/ Santé Comportementale /Dentaire de Cass County et son personnel de toute responsabilité pour tout résultat défavorable qui peut survenir dû à mon refus de suivre le plan de traitement recommandé.

J'autorise la Clinique de Santé/Santé Comportementale/Dentaire de Cass County à me fournir des services et à divulguer les informations nécessaires pour la facturation, traiter et recevoir le paiement de l'Assurance Médicale / Dentaire (Assurance privée, Medicare, ou Medicaid, etc.), pour les services médicaux et professionnels rendus.

**DROITS ET DEVOIRS DU PATIENT : Je comprends qu'il est de ma responsabilité de lire et de suivre les informations contenues dans cet avis. Tous les clients ont le droit au traitement par CSCC / CSSCC / CDCC, sans discrimination d'âge, de race, de couleur, de religion, d'orientation sexuelle ou de nationalité d'origine.**

**Avis de Pratiques de Confidentialité-Ma signature ci-dessous indique également qu'on m'a fourni une copie de l'Avis de Pratiques de Confidentialité du Département de Santé de Cass County.** Je comprends qu'il est de ma responsabilité de demander toutes les questions que je pourrais avoir.

**Signature du Client (ou Parent) :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

**Comment avez-vous entendu de nous?** Journal Ami/ famille Panneau d'affichage Radio Autre \_\_\_\_\_

NOM DU PATIENT: \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

## RECONNAISSANCE DES POLITIQUES ET PROCEDURES

*Merci pour avoir choisi la Clinique de Santé/ Dentaire de Cass County pour vos soins Médicaux / Santé Comportementale / Dentaires. Notre personnel accorde de l'importance à votre temps et nous espérons qu'en retour, vous accorderez de l'importance au notre. Afin de bien vous servir, nous avons les politiques suivantes pour vous, à lire et signer. Accepter ces politiques nous permettra de vous fournir des soins en temps opportun et de manière efficace.*

### PAIEMENT

- Tous les paiements / co-paiements pour les services fournis sont payés au moment du service.
- L'éligibilité pour les services sous Medicaid de l'Illinois sera déterminée avant le début de chaque visite.
- Vous devez apporter votre carte d'assurance actuelle à chaque rendez-vous. Si l'éligibilité ne peut pas être vérifiée, vous serez demandé de payer pour le service.
- Tous les services non couverts par Medicaid, Medicare et /ou l'Assurance Médicale / Dentaire seront votre responsabilité de payer.
- Un patient avec une dette antérieure sera demandé de contacter notre bureau de facturation pour établir un plan pour payer la totalité du montant.
- Je comprends que si mon compte est transmis à une agence de recouvrement, je serai responsable pour les coûts de recouvrement engagés.

### GRILLE TARIFAIRE

- Nous offrons une grille tarifaire pour permettre aux patients qui ont fourni des preuves de revenu de recevoir des services à un prix abordable. Ce que vous payer est déterminé par le revenu et la taille de la famille.
- La grille tarifaire est basée sur les lignes directives du Département de Santé des Etats Unis.

### RENDEZ-VOUS

- Il est de votre responsabilité de vous rappeler de votre rendez-vous. Afin, pour nous de faire un appel de courtoisie, un numéro de téléphone actuel est nécessaire. Il est de votre responsabilité de nous informer de tout changement.
- Le personnel appellera pour confirmer les rendez-vous. Vous devez répondre ou retourner l'appel dans les 24 heures qui suivent, ou votre rendez-vous sera annulé.
- Si votre numéro de téléphone est déconnecté ou n'est pas mis à jour ou votre messagerie vocale n'est pas fonctionnelle, votre rendez-vous peut être occupé par un autre patient.
- Les nouveaux patients seront demandés de venir à leur rendez-vous 30 minutes avant le début de leur rendez-vous pour remplir le formulaire de nouveau patient.

### LE TRAITEMENT DES MINEURS

Tous les mineurs doivent être accompagnés par un tuteur légal ou un tuteur doit donner une permission à une autre personne pour les accompagner en remplissant le formulaire de procuration exigée. En fonction du traitement à fournir, un tuteur légal peut être demandé d'être sur place pour donner un consentement éclairé, sauf dans les cas où les mineurs peuvent demander des soins dans les cas permis par l'état d'Illinois.

### MAISON CENTREE SUR LE PATIENT

Une maison médicale centrée sur le patient est un système de soins dans lequel une équipe de professionnels de santé travaille ensemble pour fournir tous les soins dont vous avez besoin. Nous utilisons la technologie telle que les dossiers médicaux électroniques pour communiquer et coordonner vos soins et vous fournir les meilleurs résultats possibles. Vous, le patient, est la plus importante partie d'une maison médicale centrée sur le patient. Quand vous prenez un rôle actif concernant votre santé et travaillez en étroite collaboration avec nous, vous pouvez être sûr que vous avez les soins dont vous avez besoin.

**Je comprends et je suis d'accord avec les politiques écrites ci-dessus.**

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

NOM DU PATIENT: \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

**Consentement Pour Divulguer Des Informations  
A Un Membre De Famille Ou La Personne Assignée A Vos Soins**

Les noms énumérés ci-dessous sont autorisés à avoir des informations divulguées à eux par la Clinique de Santé / Santé Comportementale / Dentaire de Cass County avec le consentement ci-dessous signé.

Nom	Lien de Parenté	Numéro de Téléphone
-----	-----------------	---------------------

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

**✕ Signature** \_\_\_\_\_

**Date** \_\_\_\_\_

\*Ce consentement peut être suspendu à tout moment sur demande écrite.

NOM DU PATIENT: \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

**Veillez remplir ce formulaire si vous êtes un Patient De Medicare**

**PATIENTS DU MEDICARE – MSP**

Je reçois Medicare sur la base de : Âge Handicap Phase finale d'une maladie rénale

Je suis présentement employé : Non Oui

Nom et adresse de mon employeur \_\_\_\_\_

J'ai un époux/une épouse qui est présentement employé : Non Oui

Nom et adresse de l'employeur de l'époux / épouse \_\_\_\_\_

Avez-vous un Plan Couverture Santé de Groupe sur la base de votre emploi présent ou de celui de votre époux / épouse ?

Non Oui les deux Oui moi-même Oui Epoux/Epouse

**DECLARATION DE SIGNATURE À VIE DE MEDICARE**

**POUR PERMETTRE À MEDICARE DE PAYER À LA CLINIQUE DE SANTE DE CASS COUNTY**

Je demande le paiement, à mon nom, des prestations autorisées de Medicare pour les services qui m'ont été fournis par la Clinique de Santé de Cass County. J'autorise tout détenteur d'information médicale et autre de fournir à Medicare et à ses agents toute information nécessaire pour déterminer ces prestations ou les prestations des services connexes.

**Signature du Patient :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

OU si le patient ne peut pas signer, s'il vous plaît écrivez :

\_\_\_\_\_  
**Nom du Représentant/ Parent / Tuteur  
Et LIEN DE PARENTE**

\_\_\_\_\_  
**Signature du Représentant/Parent/Tuteur**

\_\_\_\_\_  
**Date**

NOM DU PATIENT: \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

Si le patient est moins de 18 ans – s'il vous plaît, complétez cette page

Ecole fréquentée

Classe \_\_\_\_\_

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> A/C Elementary      | <input type="checkbox"/> A/C Jr. High      | <input type="checkbox"/> A/C HS              | <input type="checkbox"/> Beardstown HS      |
| <input type="checkbox"/> Beardstown Grand    | <input type="checkbox"/> Beardstown Gard   | <input type="checkbox"/> Beardstown Jr. High | <input type="checkbox"/> BCA                |
| <input type="checkbox"/> Virginia Elementary | <input type="checkbox"/> Virginia Jr. High | <input type="checkbox"/> Virginia HS         | <input type="checkbox"/> Alternative School |
| <input type="checkbox"/> Pre-school or Other |  |  |   |

\*Est-ce que cet enfant vit dans Cass County ?  Non  Oui

\*Est-ce que cet enfant fréquente une école dans Cass County ?  Non  Oui

\*Est-ce que cet enfant est le frère ou la sœur d'un enfant fréquentant une école dans Cass County?  Non  Oui

Nom de Jeune Fille de la Mère : \_\_\_\_\_

Je, en tant que représentant / parent / tuteur légal de ce patient, autorise la (les) personne(s) suivante(s) à transporter, accompagner, autoriser et à consentir à tout examen radiologique, médical, dentaire, psychiatrique ou physiologique ou traitement à fournir par le personnel de CSCC / CDCC. Tous les agents de santé peuvent discuter des soins du patient avec celles indiquées ci-dessous.

_____	_____	_____	_____
Initiales	Nom	Lien de Parenté	# Téléphone

_____	_____	_____	_____
Initiales	Nom	Lien de Parenté	# Téléphone

_____	_____	_____	_____
Initiales	Nom	Lien de Parenté	# Téléphone

Ce patient (12 ans et plus) peut se présenter et recevoir un diagnostic, un traitement et des instructions sans une supervision supplémentaire.

\_\_\_\_\_ Moi SEULEMENT

Initiales

105 ILCS 129: <http://www.ilga.gov/legislation/ilcs/ilcs3.asp?ActID=2935&ChapterID=17>

La loi au regard des Centres de Santé Scolaires - Exige que le CSS énumère les services disponibles, en donnant aux parents la possibilité de se retirer de certains services. Les lois sur le consentement de mineur restent toujours d'application.

Le Centre de Santé Scolaire de Cass County (CSSH) consiste en un partenariat homogène d'agences locales de confiance dédiées à la santé et au bien-être de votre enfant. Le partenariat comprend : un médecin, une infirmière praticienne ou un adjoint au médecin, un dentiste, un hygiéniste dentaire, une infirmière et un conseiller en santé mentale ; tous sont disponibles, selon les horaires, pour fournir des soins de santé primaires, des soins dentaires, des services psychosociaux et des consultations nutritionnelles à TOUS les étudiants inscrits.

Les services disponibles peuvent inclure, mais ne sont pas limités à :

1. Examen physique, bilan de santé, dépistage des problèmes de santé ;
2. Diagnostic et traitement des maladies aiguës et des blessures ;
3. Diagnostic et prise en charge des maladies chroniques ;
4. Éducation et promotion de la santé. Des ateliers de promotion et de prévention de la santé seront organisés ;
5. Immunisations ;
6. Promotion du bien-être, y compris cessation de fumer, nutrition, gestion du poids ;
7. Soins de santé en matière de reproduction, y compris : examens gynécologiques avec frottis PAP, éducation, dépistage et traitement des MST, éducation VIH / SIDA, conseil / dépistage et services de contraception ;
8. Tests de laboratoire, y compris les cultures du prélèvement de la gorge, l'examen sanguin complet, les mono-taches, etc ;
9. Services de conseil en santé mentale ;
10. Examen dentaire et traitement ;
11. Recommandation vers d'autres agences de liaison pour des services non fournis au Centre de Santé Scolaire de Cass County (Cass County School Health Center).

410 ILCS 210/1, et seq. <http://www.ilga.gov/legislation/ilcs/ilcs3.asp?ActID=1539&ChapterID=35>

#### CONSENTEMENT PARENTAL / TUTEUR LEGAL

L'enfant susmentionné a mon consentement pour recevoir des services offerts par le Centre de Santé Scolaire de Cass County (CSSH) situé dans le comté de Cass à Illinois, par ses fournisseurs sous contrat. J'ai été informé et bien compris l'étendue des services pouvant être fournis. Je comprends également qu'un parent, tuteur légal ou étudiant autorisé par la loi de l'Illinois à consentir pour son propre compte, a le droit de refuser tout service de soins de santé. Je comprends également que même si je suis encouragé à être présent pour les rendez-vous, ce n'est pas une exigence obligatoire et en signant ci-dessous, j'autorise le centre de santé à fournir des services à mon enfant dans son intérêt.

Je comprends en outre qu'en vertu de la loi de l'Illinois, un mineur de plus de 12 ans a la même capacité qu'un adulte à consentir à certains services de santé et qu'aucune autorisation parentale n'est requise pour de tels services.

Je consens à ce que le Centre de santé scolaire et ses partenaires collaborent à la diffusion d'informations médicales et de dossiers médicaux pertinents pour les besoins de santé de mon enfant. J'autorise en outre le Centre de Santé Scolaire de Cass County à divulguer des informations concernant le traitement de mon enfant à des tiers, partie payante, ou à d'autres personnes pour la facturation, la gestion et l'évaluation du programme conformément aux lois et règlements fédéraux et étatiques concernant la confidentialité.

Cette autorisation restera en vigueur à moins que spécifiquement révoquée par écrit.

Signature Représentant / Parent / Tuteur

Date

Signature du Patient (âgé de 12 ou plus)

Date

Rempli seulement par le Personnel :  Certification du statut du Mineur Non-Accompagné

CASS COUNTY HEALTH DEPARTMENT

CASS COUNTY HEALTH / DENTAL / BEHAVIORAL HEALTH / SCHOOL HEALTH CENTER

FRE10/18