

PATIENT NAME: _____ DOB: ____/____/____

First

MI

Last

mm/dd/yyyy

Numéro de Social Security : _____ - _____ - _____

Téléphone de maison: _____ Téléphone cellulaire: _____

Sexe attribué à la naissance: Mâle Femelle

Identité de genre:	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Transgenre homme / femme à homme
	<input type="checkbox"/> Transgenre Femme/homme à femme <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Choisir de ne pas divulguer		
Orientation sexuelle:	<input type="checkbox"/> Lesbienne or gai	<input type="checkbox"/> Hétéro (non lesbienne/gai)	<input type="checkbox"/> Bisexuelle
	<input type="checkbox"/> Autre chose <input type="checkbox"/> Non connue <input type="checkbox"/> 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

Pour nous autoriser à envoyer des courriels électroniques et / ou des messages texte pouvant contenir vos informations de santé, à vous ou à d'autres prestataires de soins de santé, veuillez fournir les informations suivantes. Les courriels électroniques (e-mail) et les SMS ne sont pas un moyen de communication totalement sécurisé car ils peuvent être adressés à la mauvaise personne ou mal utilisés lors de la transmission.

Adresse e-mail pour m'envoyer des informations: _____ Numéro de téléphone pour le SMS: _____

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

VOTRE MEDECIN EST: _____ Dr. Royeen Dr. Curry Emily Eichelberger NP

VOTRE DENTISTE EST: _____ Dr. Watson Dr. Johnson

PHARMACIE PREFEREE EST: _____ à _____

Ethnicité	<input type="checkbox"/> Non Hispanique / Non Latino	Race	<input type="checkbox"/> Indien Américain /Natif d'Alaska	<input type="checkbox"/> Asiatique
	<input type="checkbox"/> Hispanique / Latino		<input type="checkbox"/> Noir/ Afro-américain	<input type="checkbox"/> Blanche
	<input type="checkbox"/> Inconnu / Non reporté		<input type="checkbox"/> Plus d'une race	<input type="checkbox"/> Natif d'Hawaï
			<input type="checkbox"/> Autre îles Pacifiques	<input type="checkbox"/> Refusé

Etat civil: Célibataire Marié Séparé légalement Divorcé Veuf/veuve

Etes-vous un: Etudiant? Non Oui **Vétérant?** Non Oui **Travailleur Migrant?** Non Oui

Etes-vous sans domicile fixe? Non Oui

Quel est votre revenu annuel approximatif? _____ **Taille de la Famille**__ Refusé de dire

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

Le parent/tuteur de l'enfant a-t-il besoin d'un interprète? Non Oui **Espagnole/ Français / Langage de signes**

Est-ce que le patient a une procuration pour ses soins de santé/ une directive préalable / un ordre de Ne pas ressusciter / un Tuteur attribué par le tribunal? Non Oui **Si oui, veuillez nous fournir une copie de ce document.*

CONTACT EN CAS D'URGENCE

NOM : _____

Lien de Parenté : _____ **Numéro de Téléphone :** _____

PATIENT NAME: _____ DOB: ____ / ____ / ____
First MI Last mm/dd/yyyy

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 : _____

Tous les patients ont le droit au traitement par le Département de Santé Publique de Cass County (CCHD) 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 le CCHD 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 le CCHD 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 CCHD, 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 CCHD. Je comprends qu'il est de ma responsabilité de demander toutes les questions que je pourrais avoir.

Consentement pour divulguer des informations à un membre de famille ou la personne assignée à vos soins.

Les noms énumérés ci-dessous sont autorisés à avoir des informations divulguées à eux par le CCHD avec le consentement ci-dessous signé

_____ Nom	_____ Lien de parenté	_____ Numéro de téléphone
_____ Nom	_____ Lien de parenté	_____ Numéro de téléphone
_____ Nom	_____ Lien de parenté	_____ Numéro de téléphone
_____ Nom	_____ Lien de parenté	_____ Numéro de téléphone
_____ Nom	_____ Lien de parenté	_____ Numéro de téléphone
_____ Nom	_____ Lien de parenté	_____ Numéro de téléphone

Signature du patient / de parent: _____ **Date:** _____

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

PATIENT NAME: _____ **DOB:** ____ / ____ / ____
First MI Last mm/dd/yyyy

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 payez 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: _____

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 CSHC / 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 (CSSHC) 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 frotis 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 (CSSHC) 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

FRE 09/19

Patient's Name - PLEASE PRINT El Nombre del Paciente Nom du Patient - LETTRE MOULÉES	Patient's Date of Birth Fecha de Nacimiento del Paciente Date de naissance du patient	Patient's Street Address La Dirección del Paciente Adresse du Patient	City Ville	State État	Zip Code Code postal
--	---	---	---------------	---------------	-------------------------

➤ I hereby authorize the use or disclosure of protected health information about me as described below.
 Yo por la presente autorizo el uso y revelación de la información protegida de salud acerca de mí describieron como abajo.
 Par la présente, j'autorise l'utilisation ou divulgation d'informations protégées sur ma santé tel que décrit ci-dessous.

➤ I authorize Cass County Health Department to disclose: (check all that apply)
 Yo doy autorización al Departamento de Salud del Condado de Cass para revelar información acerca de los siguientes:
 (cheque todos que son aplicables)

J'autorise le Cass County Health Department à divulguer: (cochez tout ce qui s'applique)

- Physical Exam; Examen Físico; Examen physique
- TB Skin Test; Prueba Tuberculosis; Test sur la tuberculose
- Vision Screen; Exam Vista; Test de la vue
- Hearing Screen; Examen del Oído; Test d'audition
- Lead Screen; Examen del Plomo; Test de plomb
- Immunization Record; Vacunas; Carnet de vaccination
- Hemoglobin/Hematocrit test; Cheque del hierro en su sangre; Test d'hémoglobine/hématocrite
- Appt Date & Time; Fecha/Hora de las citas; Date de rendez-vous & Heure
- Other; Otros; Autre: _____

➤ TO: (check one); Información puede ser revelada a: (cheque uno); A: (check one) A-C Central School District; Distrito de la Escuela de A-C Central Beardstown Christian Academy; Escuela de Beardstown Christian Academy Beardstown School District; Distrito de la Escuela de Beardstown Trinity Lutheran School; Escuela de Trinity Lutheran Virginia School District; Distrito de la Escuela de Virginia Other; Otros; Autre _____

➤ The information may be used or disclosed for each of the following purposes: For the maintenance of school records / Verification of excused absences
 Esta información puede usarse y ser revelada para cada uno de los propósitos siguientes: Para conservar los registros de escuela / Para comprobar la ausencia dispensada de la escuela
 L'information peut être utilisée ou divulguée dans le but suivant: Pour la mise à jour des dossiers scolaires / Pour la vérification d'absences

➤ I understand that the information used or disclosed may be subject to re-disclosure by the person(s) or class of person(s) receiving it and no longer protected by the federal privacy regulations.
 Entiendo que la información usada o revelada puede ser revelado otra vez por la persona(s) o la clase de persona(s) lo recibiendo y que no protegido por las regulaciones federales de la confidencialidad.
 Je comprends que l'information utilisée ou divulguée peut être suiet à une re-divulgation par la (les) personne(s) ou classe de(s) personne(s) recevant ces informations et ne sera plus protégé par les régulations fédérales privées.

➤ I understand that I may revoke this authorization by notifying the Privacy Officer in writing of my desire to revoke it. However, I understand that if I revoke this authorization, it will not have any affect on actions taken by Cass County Health Department in reliance on it before I revoked it.
 Entiendo que puedo revocar esta autorización notificando al Oficial de la Confidencialidad al escribirte de mi deseo para revocarlo. Sin embargo, yo entiendo que si revoco esta autorización, no tendrá ningún afecto en acciones tomadas por el Departamento de Salud antes de yo lo revoqué.
 Je comprends que je peux révoquer cette autorisation en avisant l'Officier sur la vie privée par écrit. Toutefois, Je comprends que si je révoque cette autorisation, il n'y aura aucune conséquence sur les actions prises par le Cass County Health Department en dépendance avant révocation.

➤ I understand that I may refuse to sign this authorization and that my refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment or payment or my eligibility for benefits.
 Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que al negarme no afectará mi habilidad de obtener el tratamiento, ni el pago, ni mi elegibilidad para beneficios.
 Je comprends que je peux refuser de signer cette autorisation et que mon refus de signer n'affectera pas mon ability d'être traité ou paiement ou mon éligibilité pour avantages.

➤ I understand this authorization will expire on (check and complete one): _____, 20____, or Upon withdrawal from school or high school graduation.
 Entiendo que la autorización expirará en (cheque y completará uno): _____, 20____, or En el acontecimiento de la graduación de la preparatoria, la terminación del nivel más alto del grado ofreció (para esos no ofreciendo graduación de la preparatoria), o dejan de asistir en la escuela.
 Je comprends que cette autorisation expirera (cochez et complétez): _____, 20____, ou Lors du retrait de l'étudiant (enfant) de l'école ou lors de la graduation.

This form must be fully completed before signing/Esta forma debe ser completada antes de firmar/Ce formulaire doit être complété complètement avant d'être signé

<input checked="" type="checkbox"/>	Signature of Patient or Legal Guardian La Firma del Paciente o Representante Personal Signature du Patient ou Gardien legal	Date of Signature La Fecha de la Firma Date de la signature	PLEASE PRINT Name of Person Signing this Authorization If not Patient Nombre del Representante Personal (Si es aplicable) Le nom de la personne qui signe cette autorisation si ce n'est pas le patient
-------------------------------------	---	---	---

Patient Name: _____ DOB: _____

HISTOIRE MEDICALE du PATIENT PEDIATRIQUE (0 – 18 ans) de CCHC

Aucun problème à l'école? Non Oui _____

Avec qui l'enfant vit- il? _____ Lien de parenté: _____

HISTOIRE

Votre enfant a déjà été vu par un autre docteur ou pédiatre? Non Oui

Nom du docteur / pédiatre: _____

Médicaments: _____

Allergies aux médicaments: Non Oui _____

Autres allergies: _____

Avez-vous des questions ou préoccupations concernant la santé ou le développement (de votre enfant)?
 Non Oui

Antécédent de naissance (à compléter pour les enfants âgés de 0 à 12 mols)

Complications de la grossesse: _____

Naissance: Voie vaginale Césarienne Poids à la naissance: _____ Taille à la naissance: _____

Nourris au sein: Non Oui Régime spécial: Non Oui Appétit: Bien Assez bien Pas du tout bien

Nourris au biberon: Non Oui Type de lait: _____ Quantité: _____ A quelle fréquence: _____

EXAMEN / TEST

Où / année

Dépistage du Cancer de Colon: _____

Type: Saignement occulte fécal Sigmoidoscopie à sonde souple Colonoscopie

HgbA1c (diabète) _____

Examen Dental _____

Examen des yeux _____

POUR HOMMES (à partir de 12 ans et plus si applicable)

Examen de PSA/Rectal Où _____ Année _____

Effectuez-vous des examens de testicules Oui Non

Avez-vous eu des problèmes d'urologie? Oui Non

Problèmes testiculaires? Oui Non

POUR FEMMES (à partir de 12 ans et plus si applicable)

Age à la première menstruation _____

Date des dernières menstrues: ____/____/____

Ménopause: Année _____

Fausse couches / Avortements: _____

Contraception: Aucune Pilules autre: _____

Mammographie: Où _____ Année _____

Effectuez-vous des examens des seins? Oui Non

Examen de frottis vaginal: Où _____ Année _____

Patient Name: _____ DOB: _____

	Vous-même	Histoire de famille (Mère, père, frère ou sœur)		Vous-même	Histoire de famille (Mère, père, frère ou sœur)
Alcool ou Toxicomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes de hanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie du rein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème de saignement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie pulmonaire (MPOC/TB, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mélanome / Cancer de la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migraines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble de saignement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhumatisme cardiaque / fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caillot de sang dans la jambe ou le poumon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scoliose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer de type _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infection Sexuellement Transmissible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrose kystique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drépanocytose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète de type _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes d'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie / Convulsion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AVC / maladie cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopathie / Crise cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conditions thyroïdienne type __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite: type _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problème / douleur Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Déficiences de développement: Trouble du spectre de l'autisme, sourd, aveugle, déficience intellectuelle, paralysie cérébrale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie mentale : Dépression, Bipolaire, Schizophrénie, Anxiété, ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--	--------------------------	--------------------------

HOSPITALISATION, CHIRURGIE, BLESSURES GRAVES