

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

Patient Name: _____ DOB: _____

HISTOIRE MEDICALE du PATIENT ADULTE (18 ans +) de CCHC

HISTOIRE

Avez-vous déjà été vu par un autre Docteur? Non Oui Nom du docteur: _____

Médicaments: _____

Allergies aux médicaments : Non Oui _____

Autres allergies: _____

	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 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"/>

Déficience 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

EXAMEN / TEST	Où / année
Dépistage du Cancer de Colon: _____	
Type: <input type="checkbox"/> Saignement occulte fécal <input type="checkbox"/> Sigmoidoscopie à sonde souple <input type="checkbox"/> Colonoscopie	
HgbA1c (diabète) _____	
Examen Dental _____	
Examen des yeux _____	

POUR FEMMES
Age à la première menstruation _____
Date des dernières menstrues: ___/___/___
Ménopause: Année _____
Fausse couche / Avortement: _____
Contraception: <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Pilules <input type="checkbox"/> autre: _____
Mammographie : Où _____ Année _____
Effectuez-vous des examens des seins? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Examen de frottis vaginal : Où _____ Année _____

POUR HOMMES
Examen de PSA/Rectal Où _____ Année _____
Effectuez-vous des examens de testicules <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu des problèmes d'urologie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Problèmes testiculaires ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Patient Name: _____

DOB: _____

Dans quelle mesure est-il difficile pour vous de payer pour les produits de base comme la nourriture, le logement, les soins médicaux et le chauffage?	<input type="checkbox"/> Très difficile <input type="checkbox"/> difficile <input type="checkbox"/> Parfois difficile <input type="checkbox"/> Pas du tout difficile
Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint ou le plus haut diplôme que vous avez reçu? _____	
Sentez-vous être stressé, tendu, agité, nerveux, ou incapable de dormir la nuit parce que votre esprit est troublé?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> un peu seulement <input type="checkbox"/> Dans une certaine mesure <input type="checkbox"/> Plutôt beaucoup <input type="checkbox"/> Intense
Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par l'un des problèmes suivants?	
Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Plusieurs jours <input type="checkbox"/> Plus de la moitié des jours <input type="checkbox"/> Presque tous les jours
Se sentir abattu(e), déprimé(e) ou désespéré(e)?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Plusieurs jours <input type="checkbox"/> Plus de la moitié des jours <input type="checkbox"/> Presque tous les jours
*Office staff: depending on these answers you may have to complete the PHQ9	
Combien de jours d'exercice d'intensité modérée, comme une marche rapide, avez-vous fait au cours des 7 derniers jours? ____ jours.	
Les jours où vous pratiquez d'exercices d'intensité modérée, combien de minutes en moyenne faites-vous? _____ minutes/jour.	
Combien de fois buvez-vous un verre contenant de l'alcool?	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Mensuellement ou moins <input type="checkbox"/> 2-4 fois le mois <input type="checkbox"/> 2-3 fois la semaine <input type="checkbox"/> 4 ou plusieurs fois la semaine.
Combien de verres standards contenant de l'alcool buvez-vous par jour?	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7-9 <input type="checkbox"/> 10 ou plus
Combien de fois buvez-vous 6 verres ou plus en une seule occasion?	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Moins d'une fois le mois <input type="checkbox"/> une fois le mois <input type="checkbox"/> une fois par semaine <input type="checkbox"/> Chaque jour ou presque
Etes-vous? <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Jamais marié(e) <input type="checkbox"/> Vivant avec un partenaire.	
Dans une semaine typique, combien de fois parlez-vous au téléphone avec votre famille, vos amis ou vos voisins? ____/semaine.	
Combien de fois vous vous retrouvez-vous avec des amis ou des parents? ____/semaine	
Combien de fois assistez-vous à une messe ou un service religieux? ____/an	
Appartenez-vous à des clubs ou organisations tels que groupes religieux, syndicats, groupes fraternels ou sportifs ou groupes scolaires? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Au cours de la dernière année, avez-vous : <ul style="list-style-type: none"> • été humilié(e) ou abusé(e) émotionnellement par votre partenaire ou ex partenaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • eu peur de votre partenaire ou ex partenaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • été violé(e) ou forcé(e) d'avoir des relations sexuelles par votre partenaire ou ex partenaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • été frappé(e), giflé(e) ou blessé(e) ou violenté(e) physiquement par votre partenaire ou ex partenaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 	

**Y A-T-IL D'AUTRES POINTS POUR LESQUELS VOUS VOULEZ ÊTRE AIDÉ? Oui Non