

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

Prénom MI Nom de famille

mm/dd/yyyy

Numéro de Social Security : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Téléphone de maison: \_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire: \_\_\_\_\_ Autre Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

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:** \_\_\_\_\_  Cass County Dental Clinic  Other

**PHARMACIE PREFEREE EST:** \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

<b>Ethnicité</b>	<input type="checkbox"/> Non Hispanique / Non Latino	<b>Race</b>	<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'Hawaii
			<input type="checkbox"/> Autre iles 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.

**NOM DU PATIENT:** \_\_\_\_\_ **DATE DE NAISSANCE:** \_\_\_\_\_  
Prénom MI Nom de famille mm/dd/yyyy

**CONTACT EN CAS D'URGENCE**

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

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

**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 : \_\_\_\_\_

**INFORMATION SUR L'ASSURANCE** \*Cochez ce qui applique à vous.

Medicaid  Allkids  Medicare  Assurance privée  Non assuré  Tarif réduit

Nom du titulaire de l'assurance : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Numéro de Sécurité Sociale du Titulaire de l'assurance: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nom du lieu du travail: \_\_\_\_\_

Nom de l'Assurance médicale: \_\_\_\_\_ Numéro de police : \_\_\_\_\_

Numéro du groupe: \_\_\_\_\_ Date d'entrée en vigueur \_\_\_\_\_

Nom de l'Assurance dentaire: \_\_\_\_\_ Numéro de police : \_\_\_\_\_

Numéro du groupe: \_\_\_\_\_ Date d'entrée en vigueur \_\_\_\_\_

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.

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

Prénom MI Nom de famille

mm/dd/yyyy

**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.

**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.

**NOM DU PATIENT:** \_\_\_\_\_ **DATE DE NAISSANCE:** \_\_\_\_\_  
Prénom MI Nom de famille mm/dd/yyyy

### **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**

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

## HISTOIRE MÉDICALE

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

*Bien que le personnel dentaire traite principalement la région intérieure et autour de la bouche, votre bouche est une partie de votre corps. Les problèmes de santé que vous pouvez avoir, ou les médicaments que vous prenez, peuvent avoir une relation importante avec les services dentaires que vous allez recevoir. Merci de répondre aux questions suivantes.*

- Êtes-vous sous les soins d'un médecin présentement?  Non  Oui \_\_\_\_\_
- Avez-vous déjà été hospitalisé ou avez-vous eu des chirurgies majeures?  Non  Oui \_\_\_\_\_
- Avez-vous déjà subi de sérieuses blessures à la tête ou au cou?  Non  Oui \_\_\_\_\_
- Prenez-vous des médicaments?  Non  Oui \_\_\_\_\_
- Prenez-vous, ou avez-vous déjà pris du Phen-Fen, Redux?  Non  Oui
- Prenez-vous, ou avez-vous déjà pris du, Fosamax, Boniva, Actonel, ou toute autre médication contenant du bisphosphonate?  Non  Oui
- Suivez-vous une diète alimentaire spéciale?  Non  Oui
- Faites-vous usage de tabac?  Non  Oui
- Utilisez-vous des substances contrôlées?  Non  Oui

**Femmes.** Êtes-vous:

Enceinte/Essayez de devenir enceinte  Non  Oui Prenez-vous des contraceptifs oraux  Non  Oui Allaitement  Non  Oui

Êtes-vous allergique à l'un de ces médicaments?:

Aspirine Pénicilline Codéine Acrylique Métal Latex Anesthésie locale

Aliments- Si oui, s.v.p. expliquez: \_\_\_\_\_

Autre- Si oui, s.v.p. expliquez: \_\_\_\_\_

**Aucune allergie connue**

**Avez-vous, ou aviez-vous eu dans le passé, l'une des conditions suivantes:**

SIDA/VIH Positif	<input type="checkbox"/> Oui	Médicament cortisone	<input type="checkbox"/> Oui	Hémophilie	<input type="checkbox"/> Oui	Traitement de radiation	<input type="checkbox"/> Oui
Maladie d'Alzheimer	<input type="checkbox"/> Oui	Diabète	<input type="checkbox"/> Oui	Hépatite A	<input type="checkbox"/> Oui	Perte de poids récente	<input type="checkbox"/> Oui
Anaphylaxie	<input type="checkbox"/> Oui	Dépendance aux drogues	<input type="checkbox"/> Oui	Hépatite B ou C	<input type="checkbox"/> Oui	Dialyse rénale	<input type="checkbox"/> Oui
Anémie	<input type="checkbox"/> Oui	Facilement essoufflé	<input type="checkbox"/> Oui	Herpès	<input type="checkbox"/> Oui	Fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/> Oui
Angine	<input type="checkbox"/> Oui	Emphysème	<input type="checkbox"/> Oui	Haute tension artérielle	<input type="checkbox"/> Oui	Rhumatisme	<input type="checkbox"/> Oui
Arthrite/Goutte	<input type="checkbox"/> Oui	Épilepsie ou Convulsions	<input type="checkbox"/> Oui	Cholestérol élevé	<input type="checkbox"/> Oui	Fièvre scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui
Valve artificielle au cœur	<input type="checkbox"/> Oui	Saignement excessif	<input type="checkbox"/> Oui	Urticaire ou rougeur	<input type="checkbox"/> Oui	Zona	<input type="checkbox"/> Oui
Joint artificiel	<input type="checkbox"/> Oui	Soif excessive	<input type="checkbox"/> Oui	Hypoglycémie	<input type="checkbox"/> Oui	Maladie cellule de faucille	<input type="checkbox"/> Oui
Asthme	<input type="checkbox"/> Oui	Pertes de connaissance / Étourdissements	<input type="checkbox"/> Oui	Battements irréguliers – (Cœur)	<input type="checkbox"/> Oui	Problème de sinus	<input type="checkbox"/> Oui
Transfusion sanguine	<input type="checkbox"/> Oui	Toux fréquente	<input type="checkbox"/> Oui	Problèmes de reins	<input type="checkbox"/> Oui	Spina Bifida	<input type="checkbox"/> Oui
Problème de respiration	<input type="checkbox"/> Oui	Diarrées fréquentes	<input type="checkbox"/> Oui	Leucémie	<input type="checkbox"/> Oui	Estomac/Maladie intestinale	<input type="checkbox"/> Oui
Hématomes facilement	<input type="checkbox"/> Oui	Maux de tête fréquents	<input type="checkbox"/> Oui	Maladie du foie	<input type="checkbox"/> Oui	Accident cérébro vasculaire	<input type="checkbox"/> Oui
Cancer	<input type="checkbox"/> Oui	Herpès génitale	<input type="checkbox"/> Oui	Basse tension artérielle	<input type="checkbox"/> Oui	Enflure des extrémités	<input type="checkbox"/> Oui
Chimiothérapie	<input type="checkbox"/> Oui	Glaucome	<input type="checkbox"/> Oui	Maladie des poumons	<input type="checkbox"/> Oui	Problème de thyroïde	<input type="checkbox"/> Oui
Douleur à la poitrine	<input type="checkbox"/> Oui	Fièvre des foies	<input type="checkbox"/> Oui	Prolapsus de valve mitrale	<input type="checkbox"/> Oui	Amygdalites	<input type="checkbox"/> Oui
Boutons de fièvre	<input type="checkbox"/> Oui	Crise de cœur / Défaillance Murmure au cœur	<input type="checkbox"/> Oui	Ostéoporose	<input type="checkbox"/> Oui	Tuberculose	<input type="checkbox"/> Oui
Problèmes cardiaque congénital	<input type="checkbox"/> Oui	Stimulateur cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui	Douleur articulation de la mâchoire	<input type="checkbox"/> Oui	Tumeurs ou Excroissances	<input type="checkbox"/> Oui
Convulsions	<input type="checkbox"/> Oui	Problème cardiaque/Maladie	<input type="checkbox"/> Oui	Maladie parathyroïde	<input type="checkbox"/> Oui	Ulcères	<input type="checkbox"/> Oui
				Soins psychiatriques	<input type="checkbox"/> Oui	Maladie vénérienne	<input type="checkbox"/> Oui
						Jaunisse	<input type="checkbox"/> Oui

**Avez-vous déjà eu des maladies sérieuses qui ne sont pas énumérées ci-dessus?**  Oui  Non

Commentaires: \_\_\_\_\_

Au meilleur de ma connaissance, les questions de ce formulaire ont été répondues adéquatement. Je comprends que fournir des informations incorrectes peut être dangereux pour ma santé (ou la santé du patient). Il est de ma responsabilité d'aviser le bureau dentaire de tout changement au niveau de mon état de santé.

SIGNATURE DUPATIENT, PARENT, OU GARDIEN \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_