

**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**

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"/>

<b>Déficiência de développement:</b> Trouble du spectre de l'autisme, sourd, aveugle, déficience intellectuelle, paralysie cérébrale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Maladie mentale :</b> 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 _____	

<b>POUR HOMMES</b>
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

<b>POUR FEMMES</b>
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 _____