

LISTE DE VÉRIFICATION DES FORMULAIRES AVANT LE RENDEZ-VOUS

Bienvenue à Nasson Health Care ! Afin de faciliter le processus d'enregistrement et de vous faire gagner du temps le jour de votre rendez-vous, nous vous demandons d'apporter ou d'envoyer par la poste **tous les formulaires remplis** énumérés ci-dessous.

Veuillez envoyer par la poste ou apporter avec vous à : **Nasson Health Care**
15 Oak Street | Springvale, ME 04083

Lorsque vous viendrez à votre premier rendez-vous, veuillez apporter tous vos flacons de médicaments actuels.

Pages 2 et 3 FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Veuillez remplir ce formulaire complètement et n'oubliez pas de le signer.

Pages 4 et 5 QUESTIONNAIRE SUR LES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Veuillez remplir le recto et le verso du formulaire.

Page 6 DONNÉES DU FOYER

Lors du remplissage de ce formulaire, les revenus doivent être inclus ; ces informations sont confidentielles et n'affectent pas la détermination de l'échelle des frais dégressifs. Ce formulaire doit être rempli complètement afin que nous puissions continuer à satisfaire aux exigences de nos subventions.

Veuillez lire attentivement les formulaires. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous appeler au (207) 490-6900.

Notre objectif est de dépasser vos attentes à chacune de vos visites dans nos bureaux. Afin d'offrir une expérience efficace et productive aux patients, nous préparons et examinons autant d'informations que possible avant votre arrivée.

Merci,

Équipe du personnel de Nasson

FORMULAIRE D'INSCRIPTION (Veuillez écrire en lettres majuscules)

Date _____ Cochez tous les services qui vous intéressent : Médical Dentaire

Préférences de notification (Cochez TOUTES les cases qui s'appliquent)	
<input type="checkbox"/> E-mail	<input type="checkbox"/> SMS
<input type="checkbox"/> Appel téléphonique	<input type="checkbox"/> Portail
<input type="checkbox"/> Messagerie vocale	

INFORMATIONS SUR LE PATIENT

Nom de famille _____ Prénom _____ Initiale du deuxième prénom _____ Sr. Jr.

Nom(s) précédent(s) _____

Date de naissance ____ / ____ / ____ Numéro de Sécurité Sociale **du patient** _____

Adresse _____ Ville _____ État _____ Code postal _____

Boîte postale _____ Ville _____ État _____ Code postal _____

Téléphone domicile _____ Téléphone portable _____ Téléphone professionnel _____

Adresse e-mail _____ Nom de jeune fille de la mère _____

État civil (cochez une case) Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve) En couple

Nom de l'employeur actuel _____ Numéro de téléphone de l'employeur _____

Adresse de l'employeur _____

Veuillez compléter (si le patient est mineur, incapable et/ou s'il s'agit d'un tiers autorisé à prendre des décisions relatives à ses soins de santé).

Parent/Représentant autorisé _____ Parent ou Tuteur légal Parent d'accueil Autre _____

Date de naissance du parent/représentant autorisé : ____ / ____ / ____

ASSURANCE MALADIE

Oui Non Veuillez fournir des copies de vos cartes d'assurance (vous pouvez également envoyer par SMS des copies (recto-verso) de vos cartes au 207-490-6900)

Type d'assurance _____ Maine Care Medicare A Medicare B Commercial Autre _____

Nom du titulaire de la police _____ Date de naissance du titulaire _____

Numéro de sécurité sociale du titulaire de la police : _____ Lien de parenté avec le titulaire _____

Nom de l'assurance _____ Numéro d'identification de l'assurance _____ Numéro de groupe _____

Nom de l'assurance _____ Numéro d'identification de l'assurance _____ Numéro de groupe _____

Adresse pour les déclarations (au verso de la carte d'assurance)

ASSURANCE DENTAIRE

Nom du titulaire de la police _____ Date de naissance du titulaire _____

Numéro de sécurité sociale du titulaire de la police _____ Lien de parenté avec le titulaire _____

Nom de l'assurance _____ Numéro d'identification de l'assurance _____ Numéro de groupe _____

Nom du patient _____

Date de naissance ____ / ____ / ____

PHARMACIE 1

Nom	Ville
-----	-------

PHARMACIE 2

Nom	Ville
-----	-------

PERSONNES/MEMBRES DE LA FAMILLE IMPLIQUÉS DANS VOS SOINS

J'autorise le partage des informations médicales concernant mon traitement reçu dans cet établissement avec la (les) personne(s) mentionnée(s) ci-dessous

Nom _____ Relation _____ Numéro de téléphone _____

Nom _____ Relation _____ Numéro de téléphone _____

CONTACT D'URGENCE / RÔLE DE SOUTIEN

Veuillez informer la personne indiquée ci-dessous	Relation avec le patient	Numéro de téléphone domicile	Téléphone domicile, portable ou professionnel
---	--------------------------	------------------------------	---

CONSENTEMENT

- Je suis personnellement responsable de fournir des informations d'assurance exactes et à jour.
- J'autorise le versement direct de mes prestations d'assurance au médecin de Nasson Health Care.
- J'autorise la divulgation de toutes les informations nécessaires pour obtenir le paiement des prestations.
- Je comprends que je suis financièrement responsable de tout solde restant.
- Je consens à ce que des images médicales de moi (photos, vidéos et/ou audio) soient réalisées pour être utilisées dans mon dossier médical et/ou à des fins de diagnostic et de traitement. Le refus de donner mon consentement n'affectera en rien les soins médicaux que je reçois.
- Je comprends qu'en signant ce formulaire, je suis autorisé à recevoir tous les services fournis par Nasson Health Care. Ces services comprennent le diagnostic et le traitement des maladies aiguës, les services de santé mentale et les services de santé reproductive.

Je certifie que les informations ci-dessus sont vraies et exactes au meilleur de ma connaissance.

Signature du patient Date : _____

OU, le cas échéant :

Nom du parent/Nom du représentant autorisé _____

Adresse _____

Autorité selon la loi de l'État (par exemple, parent, tuteur, mandataire en matière de soins de santé) _____

Signature _____ Date _____

Documentation du représentant autorisé reçue : Oui Non

QUESTIONNAIRE SUR LES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Toutes les questions contenues dans ce questionnaire sont strictement confidentielles et feront partie de votre dossier médical.

Nom (Nom, Prénom, Initiale du deuxième prénom) :	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de naissance :
---	---	---------------------

Fournisseur de soins primaires	Date du dernier examen physique
---------------------------------------	--

HISTORIQUE PERSONNEL DE SANTÉ

Indiquez tout problème médical diagnostiquée, toute chirurgie ou hospitalisation		
Avez-vous subi un test de dépistage de la tuberculose (TB) au cours des 6 derniers mois ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, les résultats étaient-ils positifs ou négatifs ?
FEMMES : Êtes-vous enceinte ou essayez-vous de le devenir ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Allaitez-vous ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prenez-vous des contraceptifs oraux ? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

TABAC	Utilisez-vous du tabac ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> Cigarettes – paquets par jour	<input type="checkbox"/> Tabac à Mâcher - #/jour	<input type="checkbox"/> Pipe - #/jour	
	<input type="checkbox"/> Cigarette électronique – #/jour		<input type="checkbox"/> Nombre d'années	
Abus de substances	Avez-vous des antécédents ou avez-vous actuellement un problème de dépendance ? (Drogues, alcool, etc.)			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sécurité personnelle	Avez-vous déjà été victime de violence verbale, sexuelle ou physique ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Vous sentez-vous actuellement en sécurité dans votre environnement ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

ALLERGIES : Y compris l'acrylique, le métal, le latex et les anesthésiques locaux

Indiquez la source :	Réaction :

Nom : _____

Date de naissance : _____

MÉDICAMENTS

Pharmacie préférée :		
Nom du médicament :	Dosage :	Fréquence d'administration :

REmplissez cette section uniquement si vous serez pris en charge par un fournisseur de santé comportementale ou un fournisseur dentaire

POUR LES SOINS DE SANTÉ COMPORTEMENTALE ANTÉCÉDENTS EN SANTÉ MENTALE

Veuillez indiquer les professionnels de la santé mentale que vous avez consultés au cours des cinq (5) dernières années.		
Nom du prestataire	Durée de la consultation	Raison de la consultation

POUR LES SOINS DENTAIRES

HISTORIQUE DENTAIRE

Avez-vous un problème dentaire actuel ? (douleur, gonflement, sensibilité, dent cassée, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, veuillez décrire :	
Quand a eu lieu votre dernière visite chez le dentiste ?	Nom du dentiste :
Quel type de traitement a été effectué ?	

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET MÉNAGERS

Nasson Health Care dépend de fonds fédéraux pour rendre nos services accessibles à tous.
Vos réponses à ces questions nous aident à continuer à recevoir ce financement. Merci.

Les informations contenues dans votre dossier médical sont confidentielles et protégées en vertu du Maine Revised Statutes, Titre 22, Section 1711-C. Votre consentement écrit sera exigé pour toute divulgation d'informations, sauf sur ordonnance d'un tribunal.

NOM LÉGAL : _____ **DATE DE NAISSANCE :** _____ **DATE :** _____

NOM(S) PRÉCÉDENT(S) _____

Parlez-vous anglais ? Oui Non Si non, quelle langue parlez-vous ? _____

Race :	<input type="checkbox"/> Amérindien/Autochtone de l'Alaska	<input type="checkbox"/> Chinois	<input type="checkbox"/> Philippin	<input type="checkbox"/> Guamien
<input type="checkbox"/> Noir/Africain-Américain	<input type="checkbox"/> Asiatique	<input type="checkbox"/> Japonais	<input type="checkbox"/> Chamorro	
<input type="checkbox"/> Hawaïen autochtone	<input type="checkbox"/> Indien d'Asie	<input type="checkbox"/> Coréen	<input type="checkbox"/> Samoan	
<input type="checkbox"/> Blanc	<input type="checkbox"/> Autre Asiatique	<input type="checkbox"/> Vietnamien	<input type="checkbox"/> Plusieurs races	
			<input type="checkbox"/> Origine ethnique non déclarée/refus de déclarer	

Origine ethnique :

<input type="checkbox"/> Non hispanique ou latino	<input type="checkbox"/> Hispanique ou latino	<input type="checkbox"/> Refus de préciser
<input type="checkbox"/> Mexicain	<input type="checkbox"/> Américain d'origine mexicaine	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Chicano/a	<input type="checkbox"/> Portoricain	<input type="checkbox"/> Inconnue
<input type="checkbox"/> Cubain		

Êtes-vous un travailleur migrant ou un travailleur agricole saisonnier ? Oui Non

Êtes-vous un ancien combattant ? Oui Non

Sexe à la naissance	Identité de genre	Orientation sexuelle	Pronom préféré
<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Hétérosexuel – ni lesbienne ni gay	<input type="checkbox"/> Il, Lui
<input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Lesbienne ou gay	<input type="checkbox"/> Elle, Sa
	<input type="checkbox"/> Femme vers homme - Transgenre	<input type="checkbox"/> Bisexuel(le)	<input type="checkbox"/> Iel, Leur
	<input type="checkbox"/> Homme vers femme – Transgenre	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Ze, Hir
	<input type="checkbox"/> Personne non binaire, ni exclusivement homme ni femme	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Autre
	<input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Choisir de ne pas divulguer	<input type="checkbox"/> Refuser de répondre
	<input type="checkbox"/> Choisir de ne pas divulguer		<input type="checkbox"/> Demandé mais inconnu

Situation du logement

Location : Oui Non Logement public Oui Non Le loyer dépend-il du revenu ? Oui Non

Propriétaire : Oui Non

Refuge pour sans-abri: Oui Non

Logement transitoire : Oui Non

Coabitation (partage de logement) : Oui Non

Autre: _____

Ménage : Ménage : indiquez les personnes vivant avec vous (listez d'autres personnes au verso du formulaire)

Nom de famille	Prénom	Date de naissance	Lien avec vous
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Revenu confidentiel du ménage : (Vous plus votre conjoint(e).)

\$ _____ Cochez une option : Hebdomadaire Mensuel Annuel