

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.

Veillez 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.

Veillez 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)

Préférences de notification (Cochez TOUTES les cases qui s'appliquent)

- ☐ E-mail ☐ SMS
☐ Appel téléphonique
☐ Portail
☐ Messagerie vocale

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

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) :

☐ H ☐ F

Date de naissance :

Fournisseur de soins primaires

Date du dernier examen physique

HISTORIQUE PERSONNEL DE SANTÉ

Indiquez tout problème médical diagnostiqué, toute chirurgie ou hospitalisation

Avez-vous subi un test de dépistage de la tuberculose (TB) au cours des 6 derniers mois ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, les résultats étaient-ils positifs ou négatifs ?

FEMMES : Êtes-vous enceinte ou essayez-vous de le devenir ? ☐ Oui ☐ Non

Allaitiez-vous ? ☐ Oui ☐ Non

Prenez-vous des contraceptifs oraux ? ☐ Yes ☐ 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 :

REPLISSEZ 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

Veillez 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

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.

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.

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

NOM(S) PRÉCÉDENT(S) _____

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

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

Origine ethnique :

☐ Non hispanique ou latino ☐ Hispanique ou latino ☐ Refus de préciser
☐ Mexicain ☐ Américain d'origine mexicaine ☐ Autre
☐ Chicano/a ☐ Portoricain ☐ Inconnue
☐ Cubain

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

Êtes-vous un ancien combattant ? ☐ Oui ☐ Non

Sexe à la naissance

☐ Homme
☐ Femme

Identité de genre

☐ Homme
☐ Femme
☐ Femme vers homme - Transgenre
☐ Homme vers femme – Transgenre
☐ Personne non binaire, ni exclusivement homme ni femme
☐ Autre _____
☐ Choisir de ne pas divulguer

Orientation sexuelle

☐ Hétérosexuel – ni lesbienne ni gay
☐ Lesbienne ou gay
☐ Bisexuel(le)
☐ Autre
☐ Je ne sais pas
☐ Choisir de ne pas divulguer

Pronom préféré

☐ Il, Lui
☐ Elle, Sa
☐ Iel, Leur
☐ Ze, Hir
☐ Autre
☐ Refuser de répondre
☐ 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