

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE NOUVEAU PATIENT

COORDONNÉES PERSONNELLES			
Nom de famille à la naissance:		Prénom :	
Date de naissance : jj/mm/aa		Âge :	Sexe : Masculin Féminin
Adresse :		Ville :	Province:
Code postal :	Numéro d'assurance maladie :		Exp. /
N° de tél:())	N° de travail:())	N° de cellulaire:())	
Courriel :		En cas d'urgence contacter:	
Lien :	N° de téléphone: ())		

CONSENTEMENT AU TRAITEMENT
<p>Je soussigné consens volontairement par la présente à des soins en clinique externe. Je comprends que ce formulaire de consentement sera valable et restera en vigueur aussi longtemps que je recevrai des soins médicaux.</p> <p><input type="radio"/> J'accepte de recevoir par courriel les résultats d'examen médicaux.</p>

NOTIFICATION DU PATIENT QUANT AU BUT DE LA COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS SUR SA SANTÉ
<p>Nous désirons vous informer que nous utiliserons les renseignements que vous fournissez sur ce formulaire d'inscription à des fins de création d'un dossier de patient et de facturation. Ces renseignements seront également utilisés pour un partage d'information entre professionnels de la santé, lorsque ce partage contribue aux soins et au traitement continu du patient. Nous désirons vous informer que la clinique peut avoir besoin de communiquer avec vous au sujet de votre rendez-vous. Il est possible que nous devions vous laisser de temps à autre des messages et nous vous demandons de nous fournir des numéros de téléphone que nous pouvons utiliser à cette fin.</p> <p>Divulgaration de renseignements : (a) J'autorise le médecin à communiquer mes renseignements médicaux à des sociétés d'assurance tierces parties (CSST, SAAQ, etc.) aux fins du dépôt de demandes de réclamations en lien avec mes soins médicaux. (b) J'autorise en outre la divulgation des renseignements médicaux sur le traitement que j'ai reçu à cette clinique à mon (mes) médecin(s) ou à toute personne que j'ai désignée.</p>

Votre signature ci-dessous indique que vous comprenez les énoncés ci-dessus et que vous vous y conformez.

*Ce formulaire doit être signé par un parent ou le tuteur si le patient à moins de 14 ans

Comment avez-vous découvert notre clinique?	
Signature :	Date :
Signature du témoin :	

ALLERGIES: <input type="checkbox"/> aucune _____

NEW PATIENT REGISTRATION FORM

PERSONAL CONTACT INFORMATION			
Last Name at birth:		First Name:	
Date of Birth: dd/mm/yy		Age:	Gender: Male Female
Address:		City:	Province:
Postal Code:	Medicare Number:		Exp. /
Home: ()	Work : ()	Cell: ()	
Email:		Emergency Contact Name:	
Emergency Contact Number: ()		Relation to patient:	

CONSENT TO TREATMENT
<p>I hereby voluntarily consent to outpatient care. I understand that this consent form will be valid and will remain in effect as long as I receive medical care.</p> <p style="text-align: center;">○ I agree to have medical results sent to me by email.</p>

PATIENT ADVISEMENT OF THE PURPOSE OF COLLECTION OF HEALTH INFORMATION
<p>Please be advised the registration information collected will be used for creating a patient file and billing purposes. It will also be used for sharing of patient information between healthcare providers, when said sharing contributes to the continuing care and treatment of the patient. Please be advised that the clinic may need to contact you with regards to your appointment. From time to time, we may need to leave messages for you and ask that the phone numbers you provide to us may be used for this purpose.</p>
<p>Release of Information: (a) If I have a current file with third party insurance carriers (CSST, SAAQ, etc.) I authorize the doctor to release medical information for the purpose of filing insurance claims related to my medical care. (b) I further authorize the release of medical information about treatment here to my physician(s) or anyone designated by me.</p>

Your signature below indicates you understand and comply with the above statements.

*If under age 14 must be signed by parent or guardian.

How did you hear about our clinic?	
Signature:	Date:
Signature of Witness:	

ALLERGIES: <input type="checkbox"/> None _____
