

HealthReach Community Health Centers – 2025

INFORMATION DU PATIENT			
Nom de famille :		Prénom :	Initiale du deuxième prénom :
Date de naissance : //		Numéro de sécurité sociale :	Selon votre couverture d'assurance, quel est votre sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse postale :		Adresse physique/locale : <input type="checkbox"/> Identique à l'adresse postale	
		Rue :	
Ville :	État :	Ville :	État :
Code postal + 4		Code postal + 4	
Téléphone à domicile :	Téléphone de jour :	Autre téléphone :	
Fournisseur de soins primaires :			
Fournisseur de soins dentaires :			
Veuillez nous communiquer votre adresse courriel. Vous pouvez à tout moment refuser de recevoir des renseignements électroniques de notre part.			
Adresse courriel :			
INFORMATION SUR LES ASSURANCES			
Demandez à la réceptionniste de scanner votre ou vos cartes d'assurance. Si votre <u>carte d'assurance n'est pas à jour</u> ou disponible, vous pouvez être facturé.			
Nom de l'assurance primaire :		Numéro de la police d'assurance primaire :	
Nom du titulaire de la police (s'il est différent du patient) :			
Nom de l'assurance secondaire :		Numéro de la police d'assurance secondaire :	
Nom du titulaire de la police (s'il est différent du patient) :			
PAIEMENT DES PRESTATIONS : J'autorise ma (mes) compagnie(s) d'assurance maladie ou d'autres tiers payeurs responsables du paiement de mes soins de santé, y compris Medicare, MaineCare et d'autres assureurs gouvernementaux et commerciaux, à payer les coûts associés aux services de soins de santé qui me sont fournis par HealthReach Community Health Centers (« HRCHC »). Je cède par la présente à HRCHC tous les droits que je pourrais avoir de recevoir un paiement directement de ces compagnies d'assurance et de ces tiers payeurs et j'autorise mes compagnies d'assurance et les tiers payeurs à payer directement HRCHC pour les services de soins de santé qui m'ont été fournis. Je comprends et j'accepte que (quel que soit mon statut d'assurance) je suis en fin de compte responsable du solde (y compris les frais, la coassurance et les franchises) de mon compte pour tous les services de soins de santé rendus par HRCHC. Je comprends que les renseignements médicaux me concernant peuvent être communiqués à mon (mes) assureur(s) ou à d'autres tiers payeurs responsables du paiement de mes soins de santé.			
INFORMATION SUR LE GARANT - Personne responsable du paiement <input type="checkbox"/> Lui-même, si ce n'est pas le cas, remplir les espaces ci-dessous			
Nom de famille :		Prénom :	Initiale du deuxième prénom :
Date de naissance : //		Lien avec le patient : <input type="checkbox"/> Conjoint q Parent q Autre	
Adresse postale : (Si différent du patient)		Ville :	État :
Code postal :		Code postal :	
Numéro de téléphone à domicile :		Numéro de téléphone (jour/travail) :	
COORDONNÉES EN CAS D'URGENCE <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Garant <input type="checkbox"/> si autre, remplir l'espace ci-dessous.			
Nom :		Lien :	
Numéro de téléphone à domicile :		Numéro de téléphone (jour/travail) :	

HealthReach Community Health Centers – 2025

Nom du patient : _____

Date de naissance : _____

AUTRES RENSEIGNEMENTS REQUIS

Ce site est un centre de santé qualifié au niveau fédéral (FQHC), ce qui signifie que nous recevons une subvention fédérale qui nous permet d'offrir un programme de tarifs réduits à nos patients qui remplissent les conditions requises. Nous sommes tenus de fournir chaque année au Bureau des soins de santé primaires certains renseignements concernant tous nos patients. Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent à vous (ou au patient que vous consultez).

Race (cochez toutes les cases correspondantes)		Ethnie (cochez une case)	
<input type="checkbox"/> Indiens d'Amérique, autochtones d'Alaska <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Indien d'Asie <input type="checkbox"/> Noir ou afro-américain <input type="checkbox"/> Chinois <input type="checkbox"/> Refus de préciser <input type="checkbox"/> Philippin <input type="checkbox"/> Guamien ou Chamorro <input type="checkbox"/> Hawaïen <input type="checkbox"/> Hispanique	<input type="checkbox"/> Japonais <input type="checkbox"/> Coréen <input type="checkbox"/> Plus d'une race <input type="checkbox"/> Natif hawaïen <input type="checkbox"/> Autre(s) <input type="checkbox"/> Autres insulaires du Pacifique <input type="checkbox"/> Autres insulaires du Pacifique (non hawaïens) <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Vietnamien <input type="checkbox"/> Blanc	<input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Cubain <input type="checkbox"/> Refus de préciser <input type="checkbox"/> Hispanique ou latino <input type="checkbox"/> Mexicain <input type="checkbox"/> Américain mexicain <input type="checkbox"/> Non hispanique ou	<input type="checkbox"/> Portoricain
Langue de préférence?		En avez-vous besoin? (le cas échéant, veuillez cocher cette case)	
<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____	<input type="checkbox"/> Un interprète <input type="checkbox"/> Langue des signes	
Êtes-vous actuellement sans logement (sans-abri)?		Cochez une case (le cas échéant)	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Pas de <input type="checkbox"/> Inconnu/non déclaré		<input type="checkbox"/> Travailleur agricole migrant (se déplace d'un endroit à l'autre pour travailler) <input type="checkbox"/> Travailleur agricole saisonnier (ne se déplace pas pour travailler)	
Avez-vous déjà servi dans l'armée américaine? (Armée de l'air, Armée de terre, Garde côtière, Marines, Garde nationale, Marine, etc.)			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Pas de			
Orientation sexuelle - Vous considérez-vous comme...?		Identité sexuelle - Quelle est votre identité sexuelle actuelle? (cochez toutes les cases qui s'appliquent)	
<input type="checkbox"/> Lesbienne, gay ou homosexuel(le) <input type="checkbox"/> Hétérosexuel(le) <input type="checkbox"/> Bisexuel(le) <input type="checkbox"/> Autre chose <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Refus de répondre		<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme à homme (FTM)/ homme transgenre/ homme transgenre <input type="checkbox"/> Homme à femme (MTF)/ femme transgenre/ femme transgenre <input type="checkbox"/> Catégorie de sexe supplémentaire (ou autre), veuillez préciser : _____ <input type="checkbox"/> Refus de répondre	
Quel est le sexe qui vous a été attribué à la naissance sur votre acte de naissance original (cochez une case)?			

HealthReach Community Health Centers – 2025

<input type="checkbox"/> Homme
<input type="checkbox"/> Femme
<input type="checkbox"/> Refus de répondre

Nom du patient : _____

Date de

naissance : _____

Encercler la catégorie ci-dessous qui décrit le mieux votre niveau de revenu par rapport à la taille de votre famille (entourez la LETTRE).

Catégorie A		Catégorie B		Catégorie C		Catégorie D	
Taille de la famille	Revenu annuel jusqu'à :	Taille de la famille	Revenu annuel jusqu'à :	Taille de la famille	Revenu annuel jusqu'à :	Taille de la famille	Revenu annuel supérieur ou égal à :
1	15 650 \$	1	23 475 \$	1	31 300 \$	1	31 301 \$
2	21 150 \$	2	31 725 \$	2	42 300 \$	2	42 301 \$
3	26 650 \$	3	39 975 \$	3	53 300 \$	3	53 301 \$
4	32 150 \$	4	48 225 \$	4	64 300 \$	4	64 301 \$
5	37 650 \$	5	56 475 \$	5	75 300 \$	5	75 301 \$
6	43 150 \$	6	64 725 \$	6	86 300 \$	6	86 301 \$
7	48 650 \$	7	72 975 \$	7	97 300 \$	7	97 301 \$
8	54 150 \$	8	81 225 \$	8	108 300 \$	8	108 301 \$
Pour chaque personne supplémentaire, ajouter 5 380 \$ par an							

CONSENTEMENT AU TRAITEMENT DANS LE CENTRE DE SANTÉ :

1. Je suis conscient que la pratique de la médecine n'est pas une science exacte et que HRCHC n'offre aucune garantie concernant les traitements ou les examens que je pourrais subir ici.
2. Je comprends que HRCHC et ses employés peuvent utiliser les renseignements contenus dans mon dossier à des fins médicales appropriées et pour des audits d'amélioration clinique.
3. J'autorise le personnel médical de HRCHC à effectuer tous les examens, tests et procédures de diagnostic et à fournir tous les médicaments, traitements ou thérapies nécessaires pour évaluer, diagnostiquer et traiter efficacement l'état pour lequel je demande des soins. Je comprends qu'il incombe au prestataire de m'expliquer les raisons d'un examen diagnostique, d'un test ou d'une procédure, les options thérapeutiques disponibles, ainsi que les risques courants et les charges et avantages anticipés associés à ces options.
4. Je comprends que je conserve le droit de refuser tout examen, test, procédure, traitement, thérapie ou médicament recommandé ou jugé médicalement nécessaire par le fournisseur.

AVIS SUR LES PRATIQUES EN MATIÈRE DE CONFIDENTIALITÉ : En apposant mes initiales ici, je reconnais avoir reçu une copie de l'avis sur les pratiques de confidentialité de HealthReach Community Health Centers.

Patient/représentant autorisé* Initiales dans la case (à droite) :

[Personnel : Si les initiales ne sont pas fournies, veuillez en documenter la raison]

SIGNATURE : En signant ci-dessous, je reconnais que j'ai lu les renseignements ci-dessus, que je les comprends et les accepte, et que j'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais.

Signature du patient ou de son représentant autorisé*

Date

HealthReach Community Health Centers – 2025

**S'il est signé par un représentant autorisé :*

Nom en lettres moulées du représentant autorisé

Source d'autorité (p.-ex. : tuteur, procuration)