

## Centres de santé communautaires HealthReach

<b>INFORMATIONS DU PATIENT</b>			
Nom de famille :	Prénom :	Initiale du deuxième prénom :	Surnom :
Date de naissance : / /	Numéro de sécurité sociale :	Selon l'assureur (sexe) : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Adresse postale :		Adresse physique : <input type="checkbox"/> Identique à l'adresse postale	
Rue/Casier postal :		Rue :	
Ville :	État :	Ville :	État :
Code postal +4 :		Code postal +4 :	
Téléphone principal : <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Autre		Téléphone secondaire : <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Autre	
Clinicien de soins primaires :		Clinicien dentaire :	
Adresse courriel :			
<p><i>Vous pouvez refuser de recevoir des communications par courriel de notre part à tout moment</i></p>			
<b>INFORMATIONS D'ASSURANCE</b>			
<p><i>La réceptionniste numérisera votre ou vos cartes d'assurance. Si vous n'avez pas votre carte d'assurance, vous risquez de recevoir une facture.</i></p>			
Nom de l'assurance principale :		Numéro de la police d'assurance principale :	
Nom du titulaire de la police (si différent du patient) :			
Nom de l'assurance secondaire :		Numéro de police de l'assurance secondaire :	
Nom du titulaire de la police (si différent du patient) :			
<p><b>PAIEMENT DES PRESTATIONS :</b> J'autorise mon ou mes assureurs santé ou tout autre payeur tiers responsable du paiement de mes soins de santé, y compris Medicare, Maine Care et autres assureurs gouvernementaux ou 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 directement le paiement de ces assureurs et payeurs tiers, et j'autorise ceux-ci à payer directement HRCHC pour les services de soins de santé qui m'ont été fournis. Je comprends et accepte que (indépendamment de ma situation sur le plan des assurances), je suis ultimement responsable du solde de mon compte (y compris les quotes-parts, la coassurance et les franchises) pour tous les services de soins de santé fournis par HRCHC. Je comprends que des informations de santé me concernant peuvent être partagées avec mon ou mes assureurs santé ou d'autres payeurs tiers responsables du paiement de mes soins.</p>			
<b>INFORMATIONS SUR LE GARANT – Personne responsable du paiement des services</b>			
<p><input checked="" type="checkbox"/> Si vous êtes vous-même le patient, cochez ici; sinon, veuillez fournir toutes les informations ci-dessous</p>			
Nom de famille :		Prénom :	Initiale du deuxième prénom :
Date de naissance : / /		Lien avec le patient : <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Autre	
Adresse postale (si différente de celle du patient) :		Ville :	État : Code postal :
Téléphone principal :		Téléphone secondaire :	
<b>INFORMATIONS DE LA PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE</b>			
<p><input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Garant Si autre, fournissez les informations demandées ci-dessous</p>			
Nom :		Lien :	
Téléphone principal :		Téléphone secondaire :	

Nom du patient :		Date de naissance : / /	
<b>RACE (cochez toutes les options applicables)</b>			<b>ETHNICITÉ (choisissez une seule option)</b>
Amérindien ou autochtone de l'Alaska		Plus d'une race	Chicano
Asiatique		Autochtone hawaïen	Cubain
Indien d'Asie		Autre	Refus de préciser
Noir ou Afro-Américain		Autre insulaire du Pacifique	Hispanique ou latino
Chinois		Autre insulaire du Pacifique (non hawaïen)	Mexicain
Philippin		Samoan	Mexicano-Américain
Guamanien ou Chamorro		Vietnamien	Non hispanique ou latino
Hawaïen		Blanc	Portoricain
Japonais		Refus de préciser	<b>ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT DANS L'ARMÉE OU UN ANCIEN COMBATTANT?</b>
Coréen			Oui      Non
<b>LANGUE DE PRÉFÉRENCE</b>			<b>AVEZ-VOUS BESOIN DE CE QUI SUIT? (SI APPLICABLE)</b>
Anglais	Espagnol	Un interprète	
Français	Autre :	Langage des signes	
<b>ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT SANS LOGEMENT?</b>			<b>TRAVAILLEUR AGRICOLE (SI APPLICABLE)</b>
Oui	Non	Travailleur agricole migrant (se déplace d'un endroit à l'autre)	
Inconnu/Non déclaré		Travailleur agricole saisonnier (ne se déplace pas pour le travail)	
<b>ORIENTATION SEXUELLE</b>			<b>IDENTITÉ DE GENRE</b>
Lesbienne, gai, homosexuel	Hétérosexuel	Femme	Autre :
Bisexuel	Autre	Homme	Refus de répondre
Ne sais pas	Refus de répondre	Femme vers homme/Homme transgenre	Homme vers femme/Femme transgenre
<b>PRONOMS DE PRÉFÉRENCE</b>			<b>SEXE ASSIGNÉ À LA NAISSANCE</b>
Il/Lui		Homme	
Elle/Elle		Femme	
Iel/Elleux		Refus de répondre	
<b>REVENU ANNUEL</b>			
Taille du foyer :		Revenu annuel du foyer :	
Chef de famille :			
<p><b>Qu'est-ce qu'un foyer?</b></p> <p>Les foyers comprennent toutes les personnes liées par la naissance, le mariage ou l'adoption et qui vivent ensemble, les personnes à charge et les autres membres du même foyer fiscal. Les personnes âgées de 19 ans ou plus qui ne sont pas à charge et vivent à la même adresse sont considérées comme des foyers distincts. Le foyer comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demandeur</li> <li>• Conjoint</li> <li>• Conjoint de fait lorsque le demandeur assume plus de 50 % du soutien financier (dépenses de subsistance essentielles) du conjoint de fait.</li> </ul> <p>Les conjoints de fait sont définis comme deux personnes non mariées, âgées de 19 ans ou plus, et qui résident ensemble.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toute personne de moins de 19 ans vivant avec le demandeur et soutenue par celui-ci.</li> <li>• Toute personne déclarée comme personne à charge sur la déclaration de revenus fédérale du demandeur.</li> <li>• Toute personne qui déclare le demandeur comme personne à charge sur une déclaration de revenus fédérale ou pour qui le demandeur est une personne à charge fiscale. Si le demandeur est déclaré comme personne à charge sur une déclaration de revenus fédérale, la ou les personnes qui l'ont déclaré font partie du foyer et une vérification des revenus est requise.</li> </ul>			

Nom du patient :	Date de naissance :    /    /
<b>CONSENTEMENT AU TRAITEMENT EN CABINET ET PAR TÉLÉSANTÉ</b>	
<p>1. Je consens à ce que HRCHC, ses fournisseurs et son personnel me fournissent des services de télésanté. L'utilisation des services de télésanté est volontaire. Refuser la télésanté n'affectera pas mon droit à des soins futurs. Les services de télésanté impliquent une évaluation médicale, un diagnostic et un traitement au moyen de communications audio, vidéo et de données interactives avec mon fournisseur, situé à un autre endroit que moi. Les rendez-vous de télésanté ne seront pas enregistrés de manière audio ou vidéo sans mon consentement. Je comprends que l'alternative à une visite en télésanté est une visite en personne.</p> <p>2. Si je suis membre de Maine Care : (1) refuser des services de télésanté n'entraînera pas la perte de mes prestations Maine Care; et (2) Maine Care paiera le transport dont j'ai besoin en vue de recevoir les services couverts, conformément aux règles en vigueur.</p> <p>3. Certains services ne sont pas disponibles par télésanté, notamment ceux nécessitant un examen physique en personne. La télésanté peut ne pas convenir à tous les problèmes médicaux. Je pourrais devoir effectuer un suivi ou passer des examens diagnostiques en personne. Mon fournisseur s'avisera si d'autres examens sont nécessaires. Certains médicaments peuvent ne pas être prescrits lors d'une visite en télésanté. En cas d'urgence médicale, je n'essaierai pas de contacter mon fournisseur par télésanté. Je comprends que je dois me rendre aux services d'urgence les plus près, ou appeler le 9-1-1 ou un autre numéro d'urgence local.</p> <p>4. J'ai le droit d'être informé(e) des personnes qui seront présentes avec mon fournisseur lors de la prestation des services de télésanté, ainsi qu'au lieu où je reçois ces services. J'ai le droit d'exclure toute personne de l'un ou l'autre de ces lieux. Les coordonnées du ou des fournisseurs ainsi que des membres du personnel qui me verront lors de chaque visite de télésanté me seront fournies.</p> <p>5. Je serai physiquement présent(e) dans l'État du Maine durant chaque visite de télésanté. Les fournisseurs de HRCHC sont autorisés à exercer dans l'État du Maine, et des restrictions s'appliquent à la prestation de services de télésanté aux patients situés à l'extérieur de l'État. Si je ne me trouve pas dans l'État du Maine, mon fournisseur pourrait ne pas être légalement autorisé à me fournir des services. Il me sera demandé de confirmer mon identité et mon lieu de résidence pour chaque visite de télésanté.</p> <p>6. L'utilisation de la télésanté comporte des risques inhérents. Il est possible que la transmission des données et le fonctionnement de l'équipement échouent, ou soient interrompus ou altérés. HRCHC prend des mesures raisonnables pour assurer la sécurité de ses services de télésanté et leur conformité aux lois applicables en matière de confidentialité et de sécurité. Toutefois, il est impossible de garantir totalement l'absence de risques en matière de sécurité ou de confidentialité. De plus, la télésanté peut ne pas être aussi efficace ou exhaustive qu'une visite en personne.</p> <p>7. J'aurai accès à toutes les informations découlant des services de télésanté, conformément à la loi. HRCHC peut utiliser et divulguer ces informations tel que permis par la loi. Dans le cadre des technologies utilisées pour fournir les services de télésanté, certaines informations peuvent être recueillies et des mécanismes de suivi passif peuvent être utilisés. Ces informations peuvent inclure, sans s'y limiter, des données de performance et des informations relatives à ma connexion utilisée lors de la visite, telles que mon nom, mon adresse IP, mon emplacement et d'autres détails concernant la visite.</p> <p>8. Si j'ai une plainte concernant les services de télésanté de HRCHC, je peux demander à HRCHC comment déposer une plainte.</p> <p>9. Je suis conscient(e) que la pratique de la médecine n'est pas une science exacte, et que HRCHC n'offre aucune garantie concernant les traitements ou examens que je pourrais recevoir.</p> <p>10. Je comprends que HRCHC et ses employés peuvent utiliser les informations contenues dans mon dossier à des fins médicales appropriées et pour des audits d'amélioration clinique.</p> <p>11. J'autorise le personnel médical de HRCHC à effectuer tous les examens diagnostiques, tests et procédures, et à fournir tout médicament, traitement ou thérapie nécessaires pour évaluer, diagnostiquer et traiter efficacement le problème de santé pour laquelle je consulte. Je comprends qu'il incombe au fournisseur de m'expliquer les raisons de tout examen diagnostique, test ou procédure particulier, les options de traitement disponibles, ainsi que les risques courants et les contraintes et bénéfices à prévoir en lien à ces options.</p> <p>12. 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.</p>	
<p><b>AVIS DE PRATIQUES DE CONFIDENTIALITÉ :</b> En apposant mes initiales ici, je reconnaissais avoir reçu une copie de l'Avis des pratiques de confidentialité de HealthReach Community Health Centers.</p> <p>Initiales du patient/représentant autorisé* Initiales dans la case (à droite) : <input type="text"/></p> <p>[Personnel : si les initiales ne sont pas apposées, veuillez en expliquer la raison.]</p> <p><b>SIGNATURE :</b> En signant ci-dessous, je reconnaissais avoir lu, compris et accepté les informations ci-dessus, et avoir eu la possibilité de poser toutes les questions nécessaires.</p>	

\_\_\_\_\_  
Signature du patient ou du représentant autorisé\*

\_\_\_\_\_  
/ \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Date

\*En cas de signature par un(e) représentant(e) autorisé(e) :

\_\_\_\_\_  
Nom en caractères d'imprimerie du représentant autorisé

\_\_\_\_\_  
Source d'autorité (ex. : tuteur, procuration)