



# LA RED HEALTH CENTER FORME D'ENREGISTREMENT

## INFORMATION DU PATIENT

Prénom & Nom: \_\_\_\_\_  
Numéro de sécurité sociale (SSN#): \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
P.O. Box: \_\_\_\_\_  
Ville: \_\_\_\_\_  
État: \_\_\_\_\_ Code postale: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone à domicile: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_  
Numéro de téléphone au travail: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_  
Numéro de téléphone (Portable): (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_  
Pouvons-nous vous laisser un message ? Oui  Non   
Statut marital: Célibataire  Marié (e)  Divorcé (e)   
Veuf (e)  Séparé (e)   
Sexe: M  F  Date de naissance: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ MM/JJ/AA  
Médecin Traitant: \_\_\_\_\_

Êtes vous un enrôlé du CHAP? Oui  Non   
Langue maternelle: \_\_\_\_\_  
Race: Blanche  Noire/Américain noir  Asiatique   
Natif des Iles Hawaii  Natif d'autres Iles Pacifiques   
Amérindien-Natif de l'Alaska  Races Mixtes   
Groupe ethnique: Hispano/Latin  Haïtien  Autre  \_\_\_\_\_  
Pays d'origine: \_\_\_\_\_

Contact d'urgence (Nom): \_\_\_\_\_  
Tel du contact d'urgence: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_  
Lien de parenté du contact: \_\_\_\_\_  
Pouvons-nous laisser un message à ce numéro? Oui  Non   
Êtes-vous un vétéran des USA? Oui  Non   
Statut logistique? Propriétaire/locataire  Sans abri   
En transition  Sous locataire  Rue  Autre

Où avez vous entendu parler de La Red? Travail  Radio  Service Sociale  Brochure  Autre  \_\_\_\_\_

## INFORMATION DE L'EMPLOYEUR

Étudiant  Employé  Emploi personnel  Sans emploi  Retraité   
Employeur: \_\_\_\_\_  
No. tél. de l'employeur: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_

Adresse de l'employeur: \_\_\_\_\_  
Ville: \_\_\_\_\_ État: \_\_\_\_\_ Code Postale : \_\_\_\_\_  
Adresse Électronique: \_\_\_\_\_

## INFORMATION DE L'ASSURANCE

Assurance originale: \_\_\_\_\_  
Date effective de couverture: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ MM/JJ/AA  
Nom du bénéficiaire: \_\_\_\_\_  
No. du certificat #: \_\_\_\_\_  
Nom du Groupe: \_\_\_\_\_  
No. du Groupe : \_\_\_\_\_  
No. de téléphone de l'assurance #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_  
Lien de parenté: Soi-même  Époux (e)  Enfant  Autre   
DDN du souscripteur \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SSN#: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Assurance secondaire: \_\_\_\_\_  
Date effective de couverture: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ MM/JJ/AA  
Nom du bénéficiaire: \_\_\_\_\_  
No. du certificat #: \_\_\_\_\_  
Nom du Groupe: \_\_\_\_\_  
No. du Groupe : \_\_\_\_\_  
No. de téléphone de l'assurance #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_  
Lien de parenté: Soi-même  Époux(e)  Enfant  Autre   
DDN du souscripteur \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SSN#: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

## Remplir si le patient est mineur (En-dessous de 18 ans): INFORMATION DU PARENT OU DU GARDIEN LEGAL

Nom & Prénom: \_\_\_\_\_  
Adresse 1 : \_\_\_\_\_  
P.O. Box: \_\_\_\_\_  
Ville: \_\_\_\_\_ État: \_\_\_\_\_ Code Postale: \_\_\_\_\_  
Numéro de Sécurité Sociale (SSN#): \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Sexe: M  F  Date de Naissance: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ MM/JJ/AA  
Numéro de téléphone à domicile: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_  
Numéro de téléphone au travail: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_  
Numéro du téléphone portable: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_  
Lien de parenté au patient: \_\_\_\_\_

Je certifie que l'information ci-dessus est vraie au mieux de ma connaissance. J'accepte la responsabilité des charges médicales encourues par le patient et j'accepte de payer le montant requis sur place si aucun arrangement préalable n'a été fait. J'autorise mon assurance à payer mon bordereau directement au Centre de Santé La Red. Je comprends que si mon assurance n'a pas payé la totalité de mon bordereau, je suis responsable du paiement de la balance. J'autorise mon médecin à divulguer toute information nécessaire au besoin de mon traitement ou requis par mon assurance. J'ai reçu l'offre/ou reçu une copie de la forme HIPAA de confidentialité du Centre de Santé La Red.

\_\_\_\_\_  
Signature du Patient (parent si le patient en dessous de 18 ans)

\_\_\_\_\_  
Imprimé

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