



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 si 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