

## Formulaire Démographique du Patient

(Veuillez remplir les informations concernant le patient qui est vu)

Nom de famille: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Initiale du milieu: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Numéro de Sécurité Sociale: \_\_\_\_\_

Nom du Parent/Tuteur Légal: \_\_\_\_\_

Adresse Postale: \_\_\_\_\_ Appartement/Étage: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ État: \_\_\_\_\_ Code Postal: \_\_\_\_\_

Adresse e-mail: \_\_\_\_\_

État civil:  Célibataire  Marié(e)  Partenaire  Divorcé(e)  Veuf/Veuve  Autre: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone portable: \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone secondaire: \_\_\_\_\_

Nom du contact d'urgence: \_\_\_\_\_ Téléphone du contact d'urgence: \_\_\_\_\_

Médecin traitant principal (si autre que Charter Oak): \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Langue préférée:  Anglais  Français  Créole  Autre: \_\_\_\_\_

<p><b><u>Sexe indiqué à la naissance ou sur l'acte de naissance:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin</p> <p><b><u>Statut de vétéran:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Je NE suis PAS vétéran <input type="checkbox"/> Je SUIS vétéran</p>	<p><b><u>Origine ethnique:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Hispanique/Latino (cochez tout ce qui s'applique):  <input type="checkbox"/> Cubain (Cuban)  <input type="checkbox"/> Portoricain (Puerto Rican)  <input type="checkbox"/> Mexicain, Mexicano-Américain, ou Chicano  <input type="checkbox"/> Autre: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pas Hispanique/Latino (Not Latino)  <input type="checkbox"/> Préfère ne pas divulguer  <input type="checkbox"/> Autre: _____</p> <p>Êtes-vous un <b>travailleur migrant ou saisonnier</b>? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui:  <input type="checkbox"/> Travailleur migrant/temporaire  <input type="checkbox"/> Travailleur saisonnier</p>	<p><b><u>Race:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Afro-Américain/Noir  <input type="checkbox"/> Amérindien/Autochtone de l'Alaska  <input type="checkbox"/> Asiatique (cochez tout ce qui s'applique):  <input type="checkbox"/> Indien (Asian Indian)  <input type="checkbox"/> Chinois (Chinese)  <input type="checkbox"/> Philippin (Filipino)  <input type="checkbox"/> Japonais (Japanese)  <input type="checkbox"/> Coréen (Korean)  <input type="checkbox"/> Vietnamien (Vietnamese)  <input type="checkbox"/> Autre Asiatique (Other Asian)</p> <p><input type="checkbox"/> Hawaïen natif (Native Hawaiian)  <input type="checkbox"/> Autre insulaire du Pacifique (Pacif. Isl.)  <input type="checkbox"/> Blanc (White)  <input type="checkbox"/> Plus d'une race (More than One Race)  <input type="checkbox"/> Préfère ne pas divulguer  <input type="checkbox"/> Autre: _____</p>
--	---	--

### Informations Financières/Assurance

**Avez-vous une couverture d'assurance?**  Oui  Non **Si Oui, veuillez ajouter les informations d'assurance ci-dessous.**

Assurance principale: \_\_\_\_\_ N° d'identification/groupe: \_\_\_\_\_

Nom du titulaire de la police: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Relation avec l'assuré: \_\_\_\_\_

Assurance secondaire: \_\_\_\_\_ N° d'identification/groupe: \_\_\_\_\_

Nom du titulaire de la police: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Relation avec l'assuré: \_\_\_\_\_

Revenu du ménage? \$ \_\_\_\_\_  Hebdomadaire  Bimensuel  Mensuel  Annuel  
 Aucun revenu  Préfère ne pas divulguer

Combien de personnes vivent dans votre ménage? \_\_\_\_\_ (y compris conjoint, adultes à votre charge financière et/ou enfants de moins de 18 ans)

**Services d'éligibilité:** Notre département des Services d'Éligibilité peut vous aider à déterminer votre éligibilité pour une assurance ou notre Programme de Réduction des Honoraires si vous n'avez pas d'assurance. Pour plus d'informations, veuillez demander à un membre de notre personnel.

**Êtes-vous actuellement sans-abri?** Oui  Non

Si Oui, cochez tout ce qui s'applique:

- Vivre dans un refuge (shelter)
- Vivre dans un logement de transition (Trans. Housing)
- Hébergé chez famille/amis (Doubling Up)
- Vivre dans la rue (street)
- Vivre dans un logement de soutien permanente
- Autre: \_\_\_\_\_

**Avez-vous un handicap ou des limitations dont nous devrions être conscients pour mieux vous aider?** Oui  Non

Si Oui,

- Audition (Hearing)
- Vision (Vision)
- Mobilité (Mobility)
- Autre: \_\_\_\_\_

**Prise de décision volontaire et involontaire:**Avez-vous un testament de vie?  Oui  Non

Y a-t-il quelqu'un d'autre (volontaire ou involontaire) autorisé à prendre des décisions médicales pour vous?

 Oui  Non

Si Oui,

- Conservateur (Conservator)
- Tutelle adulte (Adult Guardianship)
- Tutelle d'enfant (Child Guardianship)
- Procuration (Power of Attorney)
- Représentant en soins de santé (Healthcare Repres.)
- Directive médicale anticipée (Medical Advance Directive)
- Directive psychiatrique anticipée (Psych Advance Direct)
- Autre: \_\_\_\_\_

**Partage verbal d'informations médicales confidentielles (PHI) avec d'autres:**

Cette section a pour but de donner la permission au personnel de Charter Oak de partager verbalement des informations avec les personnes impliquées dans mes soins (ou ceux de mon enfant). Toute demande de communication écrite (dossier médical complet, etc.) nécessitera de remplir et signer un formulaire « Autorisation de divulgation d'informations médicales ».

Je comprends que je peux révoquer cette autorisation à tout moment. Pour ce faire, je peux demander à remplir et signer un nouveau formulaire pour restreindre les communications futures.

Charter Oak peut partager verbalement des informations concernant mon (ou mon enfant) traitement ou soins avec les personnes suivantes:

Nom	Relation	Numéro de téléphone

\_\_\_\_\_  
**Signature du Patient (Parent/Tuteur légal)**\_\_\_\_\_  
**Date**\_\_\_\_\_  
**Nom en lettres moulées**\_\_\_\_\_  
**Relation avec le patient**

Merci d'avoir choisi Charter Oak Health Center!