



Centre de santé LSS
245 N Grant Avenue
Columbus, Ohio 43215
Téléphone : (614) 224-0747
Télécopieur : (855) 208-4527

Enregistrement du patient

Date :

Informations sur le patient

Nom complet : _____ Date: _____
Nom de famille Prénom Initiale du deuxième prénom

Nom préféré : _____ Pronoms préférés ? _____

Adresse : _____
Adresse de rue Appartement/Unité n°

_____ Ville

_____ État

_____ Code postal

Téléphone : _____ Mobile : _____

Date de naissance : _____ N° de Sécurité sociale : _____

Courriel : _____

Coordonnées d'urgence

Nom du contact d'urgence : _____ N° de téléphone : _____

Relation au contact d'urgence : _____

Pouvons-nous communiquer des informations de santé protégées à votre contact d'urgence ?

Oui Non

Informations démographiques

État matrimonial : marié(e) célibataire en couple divorcé(e) veuf/veuve autre

Race : afro-américain/noir asiatique îlien du Pacifique blanc

amérindien autre : _____

Ethnicité (veuillez en sélectionner une) : hispanique ou latino non-hispanique ou latino

Langue primaire parlée : anglais espagnol arabe bengali

autre : _____

Aurez-vous besoin d'un traducteur ? Oui Non

Informations sur l'assurance

Avez-vous actuellement une assurance maladie ? Oui Non

Si Non, souhaitez-vous de l'aide pour obtenir une assurance ? Oui Non

Plan de santé que j'ai actuellement :

- Buckeye CareSource Molina United HealthCare Aetna Humana
 Anthem Medicare autre : _____

Informations sur le logement

Êtes-vous actuellement sans-abri ? Oui Non

Abri/ Lit n° : _____ Abri transitionnel Rue

Emménager avec de la famille ou des amis Logement supervisé permanent

Aucun plan pour le logement ou logement incohérent

Habitez-vous dans un logement social ? Oui Non

Êtes-vous à Columbus pour la saison et résidez-vous ailleurs ? Oui Non

Informations complémentaires

Columbus est-elle votre résidence principale ? Oui Non

Si Non, où résidez-vous : _____

Êtes-vous un travailleur migrant ? Oui Non

Êtes-vous un ancien combattant ? Oui Non

Orientation sexuelle : lesbienne ou gay bisexuel ne sais pas choisis de ne pas divulguer

Identité de genre : masculin féminin transgenre M à F transgenre F à M

non-binaire autre choisis de ne pas divulguer

Sexe assigné à la naissance : masculin féminin intersexué(e) choisis de ne pas divulguer

Comment avez-vous entendu parler du Centre de santé ?



Centre de santé LSS
 245 N Grant Avenue
 Columbus, Ohio 43215
 Téléphone : (614) 224-0747
 Télécopieur : (855) 208-4527

Déclaration de la taille et du revenu du ménage

Nom :	Date :
-------	--------

Nombre total de personnes dans mon ménage (veuillez vous inclure) : _____
(Ce nombre devrait inclure toutes les personnes dont vous êtes financièrement responsable dans le ménage. Cela signifie que vous êtes responsable de plus de la moitié de leurs dépenses et besoins.)

- Je certifie par la présente qu'il n'y a pas de revenu dans mon ménage
- Je certifie par la présente que je suis un client du CENTRE DE SANTÉ LSS et que je, ou quelqu'un de mon ménage, reçoit un revenu des sources suivantes :

Salaire provenant d'un emploi, y compris les commissions, pourboires, primes, honoraires, etc.	Soi Conjoint(e) Parent Adulte non apparenté	\$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____
Allocations de chômage, d'invalidité ou d'autres prestations d'aide publique		\$ _____
Revenus provenant de l'exploitation d'une entreprise, y compris le fait d'être travailleur indépendant		\$ _____
Revenus locatifs de tout type de propriété		\$ _____
Cotisations de sécurité sociale		\$ _____
Rentes, polices non sécurisées, fonds de retraite, pensions ou prestations de décès		\$ _____
Intérêts ou dividendes provenant de l'actif		\$ _____
Toute autre source qui n'a pas été nommée ci-dessus. Source : _____		\$ _____
Total :		\$ _____

Sous peine de parjure, j'atteste que les informations présentées dans le présent document sont vraies et exactes à ma connaissance. Le soussigné comprend en outre que le fait de fournir une fausse déclaration aux présentes constitue un acte de fraude. Des renseignements faux, trompeurs ou incomplets sur le revenu peuvent entraîner la cessation de services.

_____/_____/_____
 Nom du client/ Personne autorisée (imprimer) Signature du client/ signature de la personne autorisée Date

_____/_____/_____
 Nom du personnel (imprimer) Signature du personnel Date



Centre de santé LSS
245 N Grant Avenue
Columbus, Ohio 43215
Téléphone : (614) 224-0747
Télécopieur : (855) 208-4527

Consentement éclairé pour le traitement

Je consens par la présente à la fourniture d'un diagnostic, de soins et/ou de traitement par le CENTRE DE SANTÉ LSS, qu'il s'agit d'une visite en personne ou d'une visite de télé-médecine avec mon fournisseur de soins, et je reconnais par la présente que ce consentement demeurera en vigueur jusqu'à ce que j'annule le consentement par écrit.

On m'a demandé de fournir des renseignements sur mon revenu et mon assurance médicale à des fins de facturation, mais je comprends que le défaut de fournir ces renseignements ne m'empêchera pas de recevoir des soins et/ou un traitement.

Je reconnais et confirme par la présente que je suis mentalement apte de donner un consentement éclairé à la fourniture du diagnostic, des soins et/ou du traitement et que je ne suis pas soumis à la contrainte ou à une influence indue.

Je reconnais et comprends par la présente, qu'en signant ce formulaire de consentement éclairé du patient, je donne mon consentement éclairé à la fourniture d'un diagnostic, de soins et/ou d'un traitement par CENTRE DE SANTÉ LSS. Je ne peux pas porter plainte pour responsabilité délictuelle ou autre action similaire, y compris une action sur une réclamation médicale, dentaire, podiatrice, optométrique, comportementale ou autre allégation liée à la santé, contre CENTRE DE SANTÉ LSS, à moins que l'action ou la mission des prestataires bénévoles au CENTRE DE SANTÉ LSS ne constitue une inconduite volontaire ou délibérée.

CONFIDENTIALITÉ ET LIMITES DE CONFIDENTIALITÉ *L'ensemble de notre personnel respecte les normes professionnelles, juridiques et éthiques, en matière de confidentialité. En signant, je comprends que les lois nous obligent et/ou nous permettent d'informer certaines personnes dans des situations d'homicide anticipé, de suicide et de violence ou de négligence envers les enfants ou les aînés.*

Nom du client/ Personne autorisée à permettre la divulgation

Signature du client/ Personne autorisée à permettre la divulgation

____/____/____
Date

Nom du personnel/témoin

Signature du personnel/témoin

____/____/____
Date

HIPAA

Formulaire de consentement du patient HIPAA

LE PRÉSENT AVIS DÉCRIT COMMENT LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX VOUS CONCERNANT PEUVENT ÊTRE UTILISÉS ET DIVULGUÉS ET COMMENT VOUS POUVEZ AVOIR ACCÈS À CES RENSEIGNEMENTS. VEUILLEZ PASSER EN REVUE ATTENTIVEMENT

Notre avis de pratiques en matière de protection de la vie privée fournit des renseignements sur la façon dont nous pouvons utiliser ou divulguer des informations de santé protégées.

Les modalités de l'avis peuvent changer, si c'est le cas, vous serez avisé lors de votre prochaine visite de mettre à jour votre signature/date.

Vous avez le droit de restreindre la façon dont vos informations de santé protégées sont utilisées et divulguées pour le traitement, le paiement ou les opérations de soins de santé. Nous ne sommes pas tenus d'accepter la présente restriction, mais si nous l'acceptons, nous respecterons le présent accord. La loi sur la portabilité et la responsabilité des assurances maladie (HIPAA - Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) permet l'utilisation de l'information pour le traitement, le paiement ou les opérations de soins de santé.

En signant le présent formulaire, vous consentez à notre utilisation et divulgation de vos informations de santé protégées et à l'utilisation potentiellement anonyme dans une publication. Vous avez le droit de révoquer le présent consentement par écrit, signé par vous. Toutefois, une telle révocation ne sera pas rétroactive.

- Le cabinet se réserve le droit d'obtenir et/ou de distribuer des copies de mes dossiers médicaux à tout médecin ou établissement aux fins de l'évaluation et/ou de la comparaison avec l'examen et les tests effectués sur moi, à des fins d'assurance ou de facturation, d'opérations des soins de santé ou de santé mentale et de toxicomanie (y compris le traitement direct ou indirect par d'autres fournisseurs de soins de santé participant à mon traitement).
- Le cabinet se réserve le droit de modifier la politique de confidentialité dans les limites permises par la loi
- Le patient a le droit de restreindre l'utilisation de l'information, mais le cabinet n'est pas tenu d'accepter ces restrictions.
- Le patient a le droit de révoquer le présent consentement par écrit, à tout moment, et toutes les divulgations complètes cesseront alors.

**Le présent consentement a été signé par
(VEUILLEZ IMPRIMER LE NOM) :** _____

Signature : _____ Date : _____
Signature du patient ou du représentant du patient

Témoin : _____ Date : _____

Pour obtenir une copie non abrégée de nos pratiques en matière de protection de la vie privée de l'HIPAA, veuillez demander à un membre du personnel.