



The Door – Adolescent Health Center
FICHE DU/DE LA CLIENT(E)

Étiquette du/de la
patient(e)

Date : _____

Nom légal (en caractères d'imprimerie) :

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Initiale du second prénom : _____

Nom d'usage : _____ Pronoms : ☐ Elle ☐ Il/lui ☐ Ils/eux ☐ Autre (précisez) : _____

Date de naissance : ____/____/____ Âge : _____ N° de Sécurité sociale : _____

Adresse : _____ N° d'appart. : _____

Ville : _____ Comté : _____ État : _____ Code postal : _____

Adresse électronique : _____ N° de téléphone portable : _____

Il est possible de vous contacter par (cochez toutes les réponses applicables) :

☐ Courrier postal ☐ Téléphone ☐ SMS ☐ Courrier électronique ☐ Portail

Race (cochez toutes les réponses applicables) : ☐ Noir(e) ☐ Blanc(he) ☐ Asiatique ☐ Amérindien(ne)

☐ Autochtone d'Alaska ☐ Autochtone d'Hawaï/des îles du Pacifique ☐ Autre (précisez) : _____

Appartenance ethnique :

☐ Hispanique/latino
☐ Non hispanique/non latino

Quelle langue parlez-vous à la maison ?

☐ Anglais ☐ Espagnol ☐ Français ☐ Autre (précisez) : _____

Sexe à la naissance :

☐ Féminin
☐ Masculin

Identité de genre : ☐ Femme ☐ Homme ☐ Genderqueer, ni homme ni femme

☐ Homme trans (femme à homme) ☐ Femme trans (homme à femme)

☐ Je préfère ne pas répondre ☐ Autre : _____

Vous considérez-vous comme :

☐ Lesbienne/gay ☐ Hétéro/hétérosexuel(le) ☐ Bisexuel(le) ☐ Je ne sais pas ☐ Je préfère ne pas répondre
☐ Autre (précisez) : _____

Personne à contacter en cas d'urgence :

Prénom et nom de famille : _____ Lien avec vous : _____

Adresse électronique : _____ N° de téléphone portable : _____

Informations relatives à l'éducation :

Niveau d'études le plus élevé atteint : _____

Êtes-vous actuellement : ☐ Élève/étudiant(e) à temps plein ☐ Élève/étudiant(e) à temps partiel ☐ Pas un(e) élève/étudiant(e)

Moyens de subsistance :

Travaillez-vous actuellement ? ☐ Non ☐ Oui Dans l'affirmative, nom de votre employeur : _____

Montant payé : \$ _____ ☐ Horaire ☐ Bimensuel ☐ Mensuel ☐ Annuel Taille du foyer : _____

Si vous ne travaillez pas, comment subvenez-vous à vos besoins : ☐ Aides publiques ☐ Tuteurs ☐ Autre : _____

Informations relatives à l'assurance :

De quel type d'assurance maladie disposez-vous ?

Cochez une seule réponse : ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Assurance privée ☐ Aucune assurance

Si vous disposez d'une assurance, indiquez le nom du régime : _____ Numéro du régime : _____

Est-il possible de facturer ? ☐ Oui ☐ Non

Si vous ne disposez pas de ces informations, essayez de les apporter lors de votre prochaine visite.

À ma connaissance, les informations ci-dessus sont exactes. J'informerai le personnel de tout changement concernant mes informations.

Signature du/de la patient(e) : _____ Date : _____

À REMPLIR
PAR LE
PERSONNEL :

☐ Copie de la pièce d'identité reçue (ou dans le dossier)
☐ Copie de la carte d'assurance reçue (ou dans le dossier)
☐ Justificatif de revenus reçu, ou ☐ Formulaire d'aide financière dûment rempli

Paraphe du membre du personnel : _____
Date : _____



The Door – A Center of Alternatives, Inc.
Adolescent Health Center

Étiquette du/de
la patient(e)

FORMULAIRE D'AIDE FINANCIÈRE

Nom légal - Nom de famille : _____ Prénom : _____

Nom d'usage : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____ Ville : _____ État : _____

Code postal : _____

1. Je suis employé(e) chez : _____

2. Montant payé : \$ _____ ☐ Horaire ☐ Hebdomadaire ☐ Bimensuel ☐ Mensuel ☐ Annuel

3. Nombre d'heures par semaine : _____

4. Taille du foyer (y compris vous-même) : _____

5. Les membres de ma famille qui résident avec moi sont (indiquez les noms et les liens) : _____

1. Je demande à bénéficier d'une aide pour payer mes soins médicaux.

2. Je demande à The Door – Adolescent Health Center de m'aider à bénéficier de l'aide financière disponible pour couvrir le coût de mes soins médicaux.

3. Je comprends que ces informations sont strictement confidentielles et ne peuvent être divulguées à personne en dehors de The Door - Adolescent Health Center.

4. Je certifie que toutes les informations contenues dans cette déclaration sont exactes et correctes.

Signature du/de la patient(e) : _____ Date : _____

Remarque : toute personne qui fait sciemment une fausse déclaration concernant la taille ou les revenus bruts de son foyer ne sera plus admissible au programme de réduction des tarifs selon une échelle mobile.

Par la présente, je reconnais que la personne susmentionnée a été sélectionnée pour bénéficier d'une aide financière dans le cadre du programme de réduction des tarifs selon une échelle mobile du centre de soins de santé.

Signature/titre du membre du personnel : _____ Date : _____



**The Door – A Center of Alternatives, Inc.
Adolescent Health Center**

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT GÉNÉRAL

Nom : _____

Date de naissance : _____

Je consens à ce que l'Adolescent Health Center me fournisse des services médicaux, dentaires, ophtalmologiques, nutritionnels, dermatologiques, de liaison et de navigation, ainsi que des services de santé mentale, qui peuvent comprendre des examens physiques, des vaccins, des évaluations complètes, des dépistages, des analyses, des diagnostics ou des traitements.

Je comprends que je reçois les services de manière volontaire et que les services de planification familiale ne sont pas nécessaires pour que je bénéficie d'autres services offerts par l'Adolescent Health Center.

Je comprends que toutes les informations resteront confidentielles, sauf dans les cas exigés par la loi ou si j'ai signé un consentement autorisant le centre de soins de santé à divulguer mon dossier. La participation de la famille à la décision de recourir à des services de planification familiale a été discutée avec moi et encouragée.

Je comprends que l'Adolescent Health Center respectera les modes de communication que j'ai choisis, sauf s'il est nécessaire de me contacter d'urgence en raison d'un problème de santé grave.

Je reconnais avoir reçu un exemplaire de la « **Charte des droits et responsabilités du patient** » (Patient Bill of Rights and Responsibility) de l'Adolescent Health Center.

Si j'ai 18 ans ou plus, j'ai reçu des informations sur les directives anticipées et j'ai été informé(e) que je pouvais demander un exemplaire de la « **Procuration de soins de santé de l'État de New York** » (New York State Health Care Proxy).

J'ai lu et compris les informations ci-dessus et j'ai eu l'occasion de poser des questions. Ce consentement restera en vigueur jusqu'à ce que je l'annule par écrit.

Signature du/de la patient(e) : _____

Date : _____

Signature/titre du membre du personnel : _____

Date : _____



The Door– Un centre d'alternatives, Inc. Centre de santé des adolescents

Avis sur les pratiques en matière de confidentialité

Le Centre de santé de l'adolescent protège toutes vos informations personnelles avec des mesures de protection spéciales. Seuls les employés autorisés qui ont besoin de l'information pour l'exécution de leur travail et le service qui vous est rendu peuvent les voir. Ils sont régulièrement formés à la bonne gestion de vos dossiers.

Vos droits

Vous avez le droit de :

- Obtenez une copie de votre dossier médical papier ou électronique
- Corrigez votre dossier médical papier ou électronique
- Demander une communication confidentielle
- Nous demander de limiter les informations que nous partageons
- Obtenez une liste des personnes avec lesquelles nous avons partagé vos informations
- Obtenez une copie de cet avis de confidentialité
- Choisissez quelqu'un pour agir en votre nom
- Déposez une plainte si vous estimez que vos droits à la vie privée ont été violés

Vos choix

Vous avez certains choix dans la façon dont nous utilisons et partageons les informations lorsque nous :

- Parlez de votre maladie à votre famille et à vos amis
- Fournir des secours en cas de catastrophe
- Vous inclure dans un annuaire hospitalier
- Fournir des soins de santé mentale
- Commercialiser nos services et vendre vos informations
- Collecter des fonds

Nos utilisations et divulgations

Nous pouvons utiliser et partager vos informations dans les circonstances suivantes :

- Vous faire plaisir
- Diriger notre organisation
- Facturer vos services
- Aide en matière de santé et de sécurité publiques
- Faire des recherches
- Se conformer à la loi
- Répondre aux demandes de don d'organes et de tissus
- Travailler avec un médecin légiste ou un directeur de funérailles
- Répondre aux demandes d'indemnisation des travailleurs, d'application de la loi et d'autres demandes gouvernementales
- Répondre aux poursuites et actions en justice

A copie intégrale de l'Avis sur les pratiques en matière de protection de la vie privée peut être obtenue à la réception.

Nom du patient (en caractères d'imprimerie) :

Système # : _____

Signature du patient :

Date: _____



**The Door— Un centre d'alternatives,
Inc. Centre de santé des adolescents**

**FORMULAIRE DE
CONSENTEMENT DU PROCHE
AIDANT DES SERVICES DE
SOINS DE SANTÉ**

Nom de l'enfant (prénom et nom) : _____ **Date de naissance :** _____

Y a-t-il des allergies médicamenteuses ? Non Oui Dans l'affirmative, veuillez préciser : _____

Médicaments actuels ? Non Oui Dans l'affirmative, veuillez préciser : _____

L'autorisation est accordée pour que mon enfant reçoive des services de soins de santé à The Door - Adolescent Health Center pour des services médicaux de routine, pour le traitement d'une maladie et/ou en cas d'urgence.

Les services peuvent inclure :

- **Soins primaires**
 - Un examen physique complet, y compris des sports, des examens physiques à l'école ou au camp, des tests de laboratoire de base, des tests diagnostiques, des premiers soins, des médicaments sur ordonnance, des vaccinations, une visite de maladie, un traitement pour une blessure, une évaluation psychosociale, des services de santé mentale, des conseils nutritionnels, une dermatologie et des références externes au besoin.
- **Soins dentaires**
 - Un examen buccal, y compris les soins généraux et le nettoyage, les radiographies numériques, les obturations, les traitements au fluorure, les scellants, l'éducation et les instructions en matière de santé buccodentaire, et l'aiguillage vers des soins dentaires de suivi au besoin.
- **Soins des yeux**
 - Un examen complet de la vue, y compris le diagnostic et le traitement, l'évaluation binoculaire, l'évaluation du glaucome et de la cataracte, l'évaluation de la santé oculaire pour évaluer l'infection ou la maladie, et l'orientation au besoin. ▫ Examen de dilatation - Un examen de dilatation est une procédure au cours de laquelle des gouttes sont instillées dans chaque œil pour augmenter la taille de la pupille afin que l'intérieur de l'œil puisse être mieux inspecté par le médecin. Cette procédure est recommandée par le médecin afin d'effectuer l'examen de santé oculaire le plus approfondi possible.

En signant ci-dessous, je certifie que je suis le parent légal ou la personne qui s'occupe de l'enfant identifié ci-dessus et que j'agis dans le cadre de mon autorité en signant ce formulaire de consentement.

Nom du parent ou de la personne responsable (IMPRIMER)	signature du parent ou du tuteur	Date
---	---	-------------

Adresse	numéro de téléphone résidentiel	Numéro de téléphone portable
courriel		

Coordonnées de secours en cas d'urgence (à remplir par le parent ou la personne responsable de l'enfant) :

Nom en caractères d'imprimerie	Relation	Numéro de téléphone de la personne-ressource
---------------------------------------	-----------------	---