



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 : _____