



**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 : _____