



The Door – Centre de santé pour adolescents
Fiche d'information du client

Patient Label

Date d'aujourd'hui: _____

Nom légal (en lettres majuscules)

Nom : _____ Prénom : _____ initiale du deuxième prénom : _____

Nom préféré : _____ Pronoms : elle il ils/elles Mentionner : _____

Date de naissance : ____/____/____ Âge : _____ Numéro de sécurité sociale : _____

Adresse : _____ Appartement : _____

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

Adresse e-mail : _____ Numéro de téléphone portable : _____

Nous pouvons vous contacter par (cochez toutes les options qui s'appliquent) :

- Courrier postal Téléphone Message texte Adresse électronique Portail patient Healow

Race (cochez toutes les options qui s'appliquent) :

- Noir/Noire Blanc/Blanche Asiatique Autochtone nord-américain Autochtone de l'Alaska
 Autochtone hawaïen / des îles du Pacifique Autre, veuillez préciser : _____

Groupe ethnique :

- Hispanique / Latino
 Non hispanique / non-latino

Quelle(s) langue(s) parlez-vous à la maison ?

- Anglais Espagnol Français Autre, veuillez préciser: _____

Sexe à la naissance :

- Féminin
 Masculin

Identité de genre:

- Féminin Masculin Genderqueer, ni exclusivement masculin ni féminin
 Féminin vers masculin / Homme trans
 Masculin vers féminin / Femme trans
 Non conforme Autre, veuillez préciser : _____

Vous vous considérez:

- Lesbienne/Gay Hétérosexuel/Hétérosexuelle Bisexuel (le) Ne sait pas Préfère ne pas divulguer
 Autre, veuillez préciser : _____

Contact d'urgence :

Prénom et nom de famille : _____ Lien de parenté : _____

Adresse électronique : _____ Numéro de téléphone portable : _____

Informations sur l'éducation :

Niveau d'études le plus élevé atteint à l'école / à l'université : _____

Actuellement, est : Étudiant(e) à temps plein Étudiant(e) à temps partiel N'est pas étudiant(e)

Informations sur votre assurance :

¿Quel type de couverture médicale avez-vous ?

Choisissez une option : Medicaid Medicare Assurance privée sans couverture

S'il a une couverture, mentionnez le nom du plan : _____ Numéro de police : _____

¿ Est-il acceptable de facturer son plan d'assurance ? Oui Non

Si vous n'avez pas cette information, essayez de l'apporter lors de votre prochaine visite

Selon ma bonne foi et ma compréhension, les informations ci-dessus sont exactes. J'informerai le personnel de tout changement concernant mes informations.

Signature du patient: _____ Date: _____

TOBE
COMPLETED BY
STAFF:

- Copy of ID received (or on file) Copy of Insurance Card received (or on file)
 Proof of Income received - or - Financial Assistance Form completed

Staff Initials: _____

Date: _____



Patient Label

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

FORMULAIRE D'AIDE FINANCIÈRE

Nom légal – Nom de famille : _____ Prénom : _____

Nom préféré : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____ Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

1. Je travaille chez : _____

2. Salaire : \$ _____ Horaire Hebdomadaire Bimensuel Mensuel Annuel

3. Nombre d'heures par semaine : _____

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

5. Membres de la famille vivant avec moi (indiquer les noms et relations): _____

1. Je demande à bénéficier d'une aide pour le paiement de mes soins médicaux.
2. Je demande à The Door – Adolescent Health Center de m'aider à obtenir l'aide financière disponible pour couvrir les coûts de mes soins médicaux.
3. Je comprends que ces informations sont strictement confidentielles et ne peuvent être divulguées à quiconque en dehors de The Door – Adolescent Health Center.
4. Je certifie que toutes les informations contenues dans cette déclaration sont vraies et exactes.

Signature du patient : _____

Date : _____

Remarque : Toute personne qui déclare intentionnellement de fausses informations concernant la taille du foyer et/ou le revenu brut du ménage ne sera plus éligible au programme de réduction tarifaire.

Par la présente, je reconnais que la personne mentionnée ci-dessus a été évaluée pour une aide financière dans le cadre du programme de réduction tarifaire de l'établissement de santé.

Staff Signature/Title: _____

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 – A Center of Alternatives, Inc.

Adolescent Health Center

AVIS DE PRATIQUES DE CONFIDENTIALITÉ

Le Centre de santé pour adolescents protège toutes vos informations personnelles avec des mesures de sécurité spéciales. Seuls les employés autorisés ayant besoin de ces informations pour accomplir leur travail et vous fournir des services peuvent y accéder. Ils reçoivent régulièrement une formation sur la gestion appropriée de vos dossiers.

Vos droits

Vous avez le droit de :

- Obtenir une copie de votre dossier médical papier ou électronique
- Corriger votre dossier médical papier ou électronique
- Demander des communications confidentielles
- Demander que nous limitions les informations que nous partageons
- Obtenir une liste des personnes ou entités avec lesquelles nous avons partagé vos informations
- Obtenir une copie de cet avis de confidentialité
- Désigner une personne pour agir en votre nom
- Déposer une plainte si vous pensez que vos droits en matière de confidentialité ont été violés

Vos choix

Vous avez certains choix quant à la façon dont nous utilisons et partageons vos informations lorsque nous :

- Informons votre famille et vos amis de votre état
- Fournissons une aide en cas de catastrophe
- Vous incluons dans un annuaire d'hôpital
- Fournissons des soins de santé mentale
- Promouvons nos services et vendons vos informations
- Collectons des fonds

Nos utilisations et divulgations

Nous pouvons utiliser et partager vos informations pour :

- Vous fournir des soins
- Gérer notre organisation
- Facturer vos services
- Aider aux questions de santé publique et de sécurité
- Effectuer des recherches
- Respecter 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 liées à l'indemnisation des travailleurs, aux forces de l'ordre et à d'autres organismes gouvernementaux
- Répondre aux poursuites et actions en justice.

Une copie complète de l'Avis de pratiques de confidentialité peut être obtenue à la réception.

Nom du patient (en lettres moulées) : _____ **Système :** _____

Signature du patient : _____ **Date :** _____

Section 1 : Informations sur le Patient

Nom de famille :		Prénom :		Date du jour : 	
Adresse :			Appartement :		Date de naissance :
Ville :	Etat :		Code postal :	Numéro de téléphone : ;	

Section 2: Informations sur la Divulgestion

J'autorise per la presente **The Door - Health Services, 555 Broome St. New York, NY 10013** a:

DIVULGUER DES INFORMATIONS A ou **OBTENIR DES INFORMATIONS DE**
(Cochez la case qui correspond a votre demande)

Nom :		Etablissement médical ou organisation (inclure le service):			
Adresse :			Téléphone : ;		
Ville :	Etat :		Code postal :	Fax : ;	

Section 3: Raison de la Divulgestion d'Informations

Raison : J'autorise la divulgation des informations pour la raison suivante :

Section 4: Informations à Divulguer

Veuillez divulguer mes dossiers médicaux pour les dates suivantes : DU _____ AU _____.

Cochez OUI ou NON pour chacun des types de dossiers suivants :

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| OUI | NON | | OUI | NON | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Résultats de laboratoire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Informations sur les vaccinations |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Traitements médicamenteux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Informations sur la contraception |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autre : _____ | | | |

Section 5 : Informations Sensibles

Les catégories suivantes **NE SERONT PAS** divulguées sans votre autorisation spécifique. Pour autoriser la divulgation, **signez votre nom complet** a cote de la (ou des) catégorie(s)

Signature du patient

Informations a divulguer - Plage de dates

Informations liées au VIH		
Traitement de santé mentale		
Traitement et usage de substances		

Section 6: Autorisation

Moi, ou mon représentant autorise, demande la divulgation des informations concernant mes soins médicaux comme indique dans ce formulaire. Je comprends que :

- Cette autorisation peut inclure la divulgation d'informations relatives au **TRAITEMENT DE L'ALCOOL ET DES DROGUES, AU TRAITEMENT DE LA SANTE MENTALE** et aux **INFORMATIONS CONFIDENTIELLES SUR LE VIH/SIDA**, uniquement si j'ai signé la ligne correspondante dans la Section 5.
- Une fois divulguée, et sauf exceptions, l'information peut être redistribuée par le destinataire. Si la divulgation inclut des données liées au VIH/SIDA, a la toxicomanie ou à la santé mentale, et que j'ai signé l'autorisation, le destinataire **ne peut pas** les redistribuer sauf si la loi l'y autorise.
- Si je fais l'objet de discrimination en raison de la divulgation d'informations liées au VIH/SIDA, je peux contacter la **Division des Droits de l'Homme de l'Etat de New York** au (888) 392-3644.
- J'ai le droit de révoquer cette autorisation à tout moment en écrivant a The Door. Je comprends que ma révocation ne pourra pas annuler les actions déjà entreprises sur la base de mon autorisation.
- La signature de cette autorisation est volontaire. Mon traitement, le paiement, l'adhésion a un plan de sante ou l'éligibilité aux prestations **ne dépendront généralement pas** de cette autorisation. Cependant, je comprends que certains traitements peuvent être refusés dans des circonstances particulières si je ne signe pas.

Signature du patient: _____

Date: _____

Cette autorisation expire 12 mois après la date de signature, sauf indication contraire dans la Section 5.

Staff Use only	<i>Staff who Received and Reviewed Form</i>	<i>Staff who Processed, and Scanned Form</i>
Date:		
Signature:		