

**S'il te plaît imprime**

**Tableau d'information du patient n °** \_\_\_\_\_

**Nom de famille:** \_\_\_\_\_ **Premièrement:**  
\_\_\_\_\_ **MI:** \_\_\_\_\_

**Adresse postale:** \_\_\_\_\_ **Ville:** \_\_\_\_\_ **État:**  
\_\_\_\_\_ **Code postal:** \_\_\_\_\_

**Sexe:** (encerclez) Homme Femme employée: (encerclez) Étudiant retraité à temps plein à temps partiel

**Employeur / École:**  
\_\_\_\_\_

**Téléphone fixe:** \_\_\_\_\_ **Téléphone professionnel:** \_\_\_\_\_  
**Téléphone portable:** \_\_\_\_\_

**Date de naissance:** \_\_\_\_\_ **SS #:**  
\_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_ **État matrimonial:** (encerclez) Célibataire  
Marié Veuve (r) Divorcé

**Course :** (cercle) Caucasien Noir / Afro-américain Hispanique Asiatique Américain Indien Autre

**Personne à contacter en cas d'urgence:** \_\_\_\_\_ **Relation:** \_\_\_\_\_  
**Téléphone:** \_\_\_\_\_  
**DDN:** \_\_\_\_\_

Êtes-vous un citoyen américain? (Encerclez) Oui Non

**Renseignements sur le conjoint ou le parent ou tuteur**

**Nom de famille:** \_\_\_\_\_ **Prénom:**  
\_\_\_\_\_ **MI:** \_\_\_\_\_

**Adresse postale:** \_\_\_\_\_ **Ville:** \_\_\_\_\_ **État:**  
\_\_\_\_\_ **Code postal:** \_\_\_\_\_

**Téléphone personnel:** \_\_\_\_\_ **Téléphone professionnel:** \_\_\_\_\_  
**Téléphone cellulaire:** \_\_\_\_\_

**SS #** \_\_\_\_\_ **Date de naissance:** \_\_\_\_\_ **Employeur:**  
\_\_\_\_\_

**Informations de paiement** Veuillez avoir toutes les cartes disponibles pour la copie:

**Assureur:** \_\_\_\_\_ **Numéro de police:**

**Assureur:** \_\_\_\_\_ **Numéro de police:**

**Certification** Je certifie que les informations fournies sur ce formulaire d'inscription sont correctes au meilleur de ma connaissance.

Signature: \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_ Date:

\* Patient, tuteur et / ou garant financier

\* Si le patient est un mineur ou un adulte incompetent, la signature doit être (1) conjoint; (2) tuteur; (3) parent ou représentant connu.

**Veillez encercler votre comté de résidence:**

Charles City James City Ville de Williamsburg Surry  
Gloucester Newport News New Kent Autre: \_\_\_\_\_  
Hampton York / Yorktown King & Queen

Centre médical et dentaire Olde Towne  
**Consentement au traitement / cession des prestations**

Je donne ma permission et mon consentement pour le traitement de \_\_\_\_\_ par les médecins, dentistes et employés du centre médical et dentaire Olde Towne. Je demande que le paiement de Medicare ou d'autres prestations d'assurance soit effectué en mon nom au centre médical et dentaire Olde Towne et j'autorise la divulgation d'informations médicales aux compagnies d'assurance ou aux agences gouvernementales qui en font la demande. J'autorise également la divulgation d'informations médicales ou dentaires à tout fournisseur demandeur si nécessaire. Je comprends que peu importe la couverture d'assurance, le paiement des services rendus est de ma responsabilité et j'accepte de payer toutes les dépenses engagées pour le recouvrement des montants en souffrance,

Je suis responsable de présenter ma carte au Centre médical et dentaire Olde Towne si je deviens assuré ou si mon assurance change pour un nouveau plan. Je suis responsable d'informer OTMDC du changement au moment de la visite. Sans carte d'assurance, je comprends que j'ai 30 jours pour fournir à OTMDC les informations d'assurance, ou je serai responsable du paiement intégral du service reçu et / ou des produits achetés. Le traitement dentaire peut inclure un examen, des radiographies, un nettoyage, un traitement de la maladie des gencives, des applications de fluorure et de scellant, des obturations, des extractions et / ou toute autre chirurgie buccale. Si une chirurgie buccale est nécessaire, je comprends qu'il y a des risques. Ceux-ci peuvent inclure, mais sans s'y limiter: gonflement, saignement, ecchymose, blessure aux dents adjacentes ou aux obturations, infection, inconfort, mâchoire cassée et blessure aux nerfs de la cavité buccale et du visage.

Je comprends que les services que je reçois peuvent ne pas être une prestation couverte par mon régime d'assurance maladie. J'accepte d'être responsable du paiement des services reçus

et / ou des produits achetés si ces prestations ne sont pas couvertes par mon régime d'assurance.

Je comprends qu'il est de ma responsabilité d'appeler mon PCP, ou le cabinet dentaire, pour demander une autorisation de référence, si la raison de mon rendez-vous l'exige. J'accepte d'appeler mon médecin ou mon dentiste avec cette demande avant la visite ou dans les 24 heures suivant la visite. J'accepte d'être responsable du paiement des services si mon PCP ou mon cabinet dentaire n'accorde pas de recommandation. Les patients dentaires qui ne sont pas éligibles à l'échelle mobile des frais, ou qui n'ont pas Medicaid, sont considérés comme des honoraires complets et sont tenus de payer pour les traitements non urgents à l'avance pour tous les rendez-vous prévus.

---

Date de la signature

Vous avez obtenu un rendez-vous pour les soins de santé à l'OTMDC. C'est un temps précieux pour vous et pour le personnel du centre. Si vous devez annuler un rendez-vous, veuillez appeler OTMDC (259-3258) un jour (24 heures) à l'avance. L'annulation ou le non-respect de votre rendez-vous dans les 24 heures entraînera un NO SHOW apt. Si vous ne vous présentez pas au deuxième rendez-vous, vous n'aurez pas d'autre rendez-vous tant que le directeur général et / ou le directeur médical n'auront pas donné leur accord.

---

Date de la signature

Centre médical et dentaire Olde Towne

**Échelle mobile**  
**Fiche d'information sur le revenu**  
**\*\* A REMPLIR UNIQUEMENT SI NON ASSURÉ \*\***

Pour être considéré pour l'échelle coulissante au Centre médical et dentaire Olde Towne, veuillez fournir tous les documents suivants qui s'appliquent à vous: Veuillez cocher tout ce qui s'applique

- Talons de paiement - valeur des mois les plus récents
- État des gains de l'employeur**
- Déclarations fiscales fédérales si pas plus de 6 mois**
- Trois relevés bancaires les plus récents**
- Lettre d'avis d'action des services sociaux**
- Lettre des avantages TANF**
- Prestations de retraite des employeurs**
- Relevé des prestations de sécurité sociale**
- Déclaration des prestations d'invalidité**
- Déclaration de prestations de chômage**
- Alimonie - Document judiciaire**
- Documentation de soutien aux enfants**
- Lettre de soutien financier - \* Doit être obtenue à la réception de l'OTMDC**

**\*\* Les 1099 et W'2 ne sont PAS acceptés comme preuve de revenu \*\***

Les critères d'éligibilité doivent être présentés avant votre visite pour bénéficier d'une réduction. Tous les patients doivent payer leur quote-part dégressive à l'enregistrement ou avant toutes les visites. Toutes les informations doivent être mises à jour tous les six (6) mois. À défaut de fournir l'une des informations ci-dessus avant votre rendez-vous, vous devrez payer le montant total dû pour les services reçus du centre médical et dentaire Olde Towne.

J'ai lu et compris les conditions d'admissibilité à l'échelle coulissante du centre médical et dentaire Olde Towne et j'accepte d'être responsable de fournir les documents requis pour être éligible aux services de remise.

Nom du patient: \_\_\_\_\_

Date de la signature: \_\_\_\_\_

Afin de recevoir le barème des frais dégressifs aujourd'hui, j'ai fourni une preuve précise de revenu pour chaque personne vivant au sein de mon ménage. Je comprends également que je dois déclarer tout changement du revenu du ménage ou du nombre de résidents du ménage lorsque ces changements se produisent. Je comprends que la falsification de ces informations entraînera la perte des privilèges du barème de frais dégressifs et la libération possible de la pratique.

Inscrivez le nom, l'âge, le sexe, la date de naissance et le numéro de sécurité sociale de toutes les personnes vivant dans le ménage.

Nom Sexe Âge DOB Numéro de sécurité sociale

---

---

---

## Centre médical et dentaire Olde Towne Avis de reconnaissance des pratiques de confidentialité

Nom:

---

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale: \_\_\_\_\_

J'ai reçu une copie de l'avis sur les pratiques de confidentialité du centre médical et dentaire Olde Towne. Je comprends que le centre médical et dentaire Olde Towne a le droit de modifier son avis de pratiques de confidentialité de temps à autre et que je peux contacter le centre médical et dentaire Olde Towne à tout moment pour obtenir une copie à jour de l'avis de pratiques de confidentialité.

Signature du patient: \_\_\_\_\_ Date:

---

Représentant légal: \_\_\_\_\_ Date:

---

Relation: \_\_\_\_\_

**Nouveau questionnaire patient**

Nom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Date:

Où \_\_\_\_\_ avez-vous déjà reçu des soins de santé?

Avez-vous besoin d'un traducteur? Oui Non

Avez-vous des problèmes d'audition, de vision ou de mémoire dont nous devrions être conscients? Oui

Non

Explique: \_\_\_\_\_

Problèmes de santé spécifiques à traiter aujourd'hui: \_\_\_\_\_

**HISTORIQUE PASSÉ DE LA SANTÉ**

Dans le PASSÉ, avez-vous eu des problèmes avec l'un des éléments suivants?

	Oui	No n
Cancer, veuillez préciser:		
Maladie de peau		
Maux de tête / migraine		
Accident vasculaire cérébral		
Sclérose en plaques		
Trouble épileptique		
Blessure à la tête traumatique		
Allergies / Sinusite récurrente		
Diabète		
Trouble thyroïdien		
Asthme / emphysème / MPOC		
Autre trouble pulmonaire		
Crise cardiaque ou angine		
Problèmes de rythme cardiaque / valvules cardiaques anormaux		
Hypertension artérielle		
Taux de cholestérol élevé		
Brûlures d'estomac / reflux / ulcère gastroduodénal		
Hépatite / problèmes hépatiques		

Autres troubles intestinaux		
Maux de dos / arthrite / douleurs articulaires		
Ostéoporose / fractures multiples		
Troubles rhumatologiques (p. Ex. PR, lupus)		
Calculs rénaux		
IVU / Incontinence récurrente		
Trouble gynécologique (p. Ex. Utérus, ovaire)		
Trouble de la prostate		
Troubles sanguins (p. Ex. Anémie, caillots sanguins)		
Maladie infectieuse (p. Ex. VIH, tuberculose)		
Troubles de l'alimentation		
Dépression / anxiété ou attaques de panique		

### HISTOIRE CHIRURGICALE

Année: \_\_\_\_\_ Procédure: \_\_\_\_\_ Année: \_\_\_\_\_ Procédure: \_\_\_\_\_  
 Année: \_\_\_\_\_ Procédure: \_\_\_\_\_ Année: \_\_\_\_\_ Procédure: \_\_\_\_\_

### HOSPITALISATIONS

Année: \_\_\_\_\_ Procédure: \_\_\_\_\_ Année: \_\_\_\_\_ Procédure: \_\_\_\_\_  
 Année: \_\_\_\_\_ Procédure: \_\_\_\_\_ Année: \_\_\_\_\_ Procédure: \_\_\_\_\_

### HISTOIRE DE FAMILLE

Veillez énumérer les problèmes médicaux pour les parents sanguins, en particulier les antécédents de: HAUTE PRESSION SANGUINE, PROBLÈMES CARDIAQUES, CANCER, CULOTS SANGUINS, DIABÈTE, OSTÉOPORISIE ET TROUBLES AUTO-IMMUNITAIRES.

MÈRE \_\_\_\_\_ GRAND-MÈRE MATERNELLE  
 PÈRE \_\_\_\_\_ GRAND-PÈRE MATERNEL  
 FRÈRE \_\_\_\_\_ GRAND-MÈRE PATERNELLE  
 SŒUR \_\_\_\_\_ GRAND-PÈRE PATERNEL

## LES ALLERGIES

**Avez-vous déjà eu une réaction allergique potentiellement mortelle (c.-à-d. Anaphylaxie)? OUI NON**

Si oui, explique pourquoi:

---

Allergie médicamenteuse: Réaction: Aliments / Autres allergies: Réaction:

## MÉDICAMENTS

Veillez énumérer toutes les ordonnances, produits sans ordonnance, produits naturels ou vitamines que vous prenez actuellement:

Nom du médicament: Dosage: Fréquence: Combien de temps pris:

## HABITUDES

Est-ce que tu fumes? OUI NON Si oui, combien de cigarettes / jour? \_\_\_\_\_

Souhaitez-vous arrêter? OUI NON

Avez-vous déjà fumé? OUI NON

Si oui, combien de cigarettes / jour? \_\_\_\_\_ Nombre total d'années fumées:

\_\_\_\_\_

À quelle fréquence buvez-vous un verre contenant de l'alcool?



Jamais (0) Mensuellement ou moins (1) 2-4 fois / mois (2) 2-3 fois / semaine (3) 4 fois ou plus / semaine (4)

Lorsque vous buvez, combien de verres buvez-vous généralement?  
1 ou 2 (0) 3 ou 4 (1) 5 ou 6 (2) 7-9 (3) 10+ (4)

À quelle fréquence avez-vous bu six verres ou plus à une occasion au cours de la dernière année?  
Jamais (0) Moins d'une fois par mois (1) Mensuellement (2) Hebdomadaire (3) Quotidiennement ou presque tous les jours (4)

Utilisez-vous des drogues non prescrites (p. Ex. Marijuana, cocaïne, héroïne, pilules)? OUI NON

Avez-vous déjà utilisé l'un de ces médicaments dans le passé? OUI NON

## HISTOIRE DENTAIRE

Présenter une maladie dentaire, veuillez expliquer OUI NON

---

Êtes-vous traité par un médecin pour une condition OUI NON

Si oui, expliquez:

---

Date du dernier examen physique \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu une réaction à une injection dentaire? OUI NON

Avez-vous des antécédents d'évanouissement? OUI NON

Saignez-vous trop longtemps après une extraction ou une blessure? OUI NON

Avez-vous déjà eu un cancer, une leucémie ou une tumeur? OUI NON

Avez-vous déjà subi une radiothérapie? OUI NON

Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous? OUI NON

Avez-vous déjà subi une transfusion sanguine? OUI NON

Avez-vous déjà été testé positif au VIH / SIDA? OUI NON