

# **STAT**

MEDICAL CLINIC

NOM DE FAMILLE DU PATIENT \_\_\_\_\_

NOM À LA NAISSANCE DU PATIENT \_\_\_\_\_

PRÉNOM DU PATIENT \_\_\_\_\_

PRÉNOM ET NOM DU CONJOINT \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE DU PATIENT \_\_\_\_\_

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE \_\_\_\_\_

ADRESSE AU CANADA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE AU CANADA \_\_\_\_\_

ADRESSE EN FLORIDE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE EN FLORIDE \_\_\_\_\_

COURRIEL \_\_\_\_\_

DATE DE DÉPART DU CANADA \_\_\_\_\_

DATE DE RETOUR AU CANADA \_\_\_\_\_

NOM ET TÉLÉPHONE D'UN PARENT OU \_\_\_\_\_

AMI AU CANADA \_\_\_\_\_

NOM D'ASSURANCE VOYAGE OU PRIVÉE \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE POLICE ET GROUPE \_\_\_\_\_

## **RÉCONNAISSANCE DE DETTE**

Je m'engage à envoyer au docteur \_\_\_\_\_ chaque et tout paiement que je recevrai de l'Assurance Santé Provinciale et de mon assurance voyage ou privée pour les services médicaux reçus. Je reconnais être responsable des honoraires pour les services reçus si les assurances refusent de payer. Je reconnais que je pourrais subir des poursuites légales au Canada et en Floride si ce compte n'est pas réglé en totalité en dollars américains dans le délais prescrit. Je consigne tous les bénéfices payés par mon assurance aux médecins de la Stat Medical Clinic.

Signé à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

DATE

NOM A LA NAISSANCE

NOM

PHENOM

OCCUPATION

INDIQUEZ LA RAISON POUR LAQUELLE VOUS VOUS PRÉSENTEZ À LA CLINIQUE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## HISTOIRE MEDICALE ANTERIEURE

**OUI NON**

MALADIES DES YEUX (GLAUCOME, CATARACTES, ETC.)

MALADIES DES OREILLES (SURDITE, APPAREIL AUDITIF, ETC.)

MALADIES DU COEUR (ANGINE, INFARCTUS, ARYTHMIE, ETC.)

MALADIES DU SYSTEME VASCULAIRE (HAUTE PRESSION, VARICES, TROUBLES CIRCULATOIRES)

MALADIES RESPIRATOIRES (BRONCHITES, PNEUMONIES, EMPHYSEME, ASTHME)

MALADIES DES OS, MUSCLES ET JOINTURES (ARTHRITE, BURSITE, FRACTURES, ETC.)

MALADIES DE L'INTESTIN ET DE L'ESTOMAC (ULCERE, DIVERTICULOSE, CANCER, ETC.)

MALADIES URINAIRES (INFECTIONS, PROSTATISME, ETC.)

MALADIES GYNECOLOGIQUES

(CANCER UTERIN, VAGINITES, FIBROMES, ETC.) DERNIERE MENSTRUATION

ACCOUCHEMENTS (NOMBRE, FAUSSES COUCHES, ETC.)

MALADIES MEUROLOGIQUES (PARALYSIES, PARKINSONISME, ETC.)

TROUBLES PSYCHIATRIQUES (DEPRESSION, ETC.)

MALADIES DE METABOLISM (DIABETE, MALADIES DE LA THYROIDE, ETC.)

TRANSFUSIONS SANGUINES (QUAND?)

EST-CE QUE VOUS FUMEZ? (COMBIEN?)

CONSOMMEZ-VOUS DE L'ALCOOL? (COMBIEN? QUOI?)

OPERATIONS (DIAGNOSTIQUE?)

HOSPITALIZATIONS (DIAGNOSIS?)

ALLERGIES

(MEDICAMENTS)

PRENEZ-VOUS DES MEDICAMENTS?

(ENUMEREZ TOUS LES MEDICAMENTS)

AUTRES MALADIES

(SPECIFIEZ)

## DOSSIER FAMILIAL (SPECIFIER QUI)

MALADIES DANS LA FAMILLE PROCHE

CANCER

DIABETE

HAUTE PRESSION

MALADIES DU COEUR

AUTRES MALADIES

# **STAT**

MEDICAL CLINIC

## **SIGNATURE PERMANENTE**

NOM DU PATIENT: \_\_\_\_\_

### **AUTORISATION DE FOURNIR TOUTE INFORMATION MÉDICALE ED CONSIGNATION DES BÉNÉFICES D'ASSURANCE.**

J'AUTORIZE LA STAT MEDICAL CLINIC DE FOURNIR AU GOUVERNEMENT PROVINCIAL ET À MON ASSURANCE SUPPLEMENTAIRE TOUTE INFORMATION MEDICALE OU AUTRE, QU'ILS POURRAIENT DEMANDER. JE CONSIGNE AUX MÉDECINS DE LA STAT MEDICAL CLINIC TOUT BÉNÉFICE QUE CES ORGANISMES VONT PAYER ET JE DEMANDE QUE LES PAIEMENTS POUR SERVICES QUI ME SERONT RENDUS SOIENT DIRIGÉS À LA STAT MEDICAL CLINIC. JE DONNE LA PERMISSION D'ÊTRE TRAITÉ.

DATE: \_\_\_\_\_

SIGNATURE: **X** \_\_\_\_\_

800 East Hallandale Beach Blvd. • Hallandale, Florida 33009  
Telephone: (954)456-1212 • Fax: (954)456-0748



**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

Notice to Patient:

We are required to provide you with a copy of our Notice of Privacy Practices, which states how we may use and/or disclose your health information. Please sign this form to acknowledge receipt of the Notice. You may refuse to sign this acknowledgement, if you wish.

I acknowledge that I have received a copy of this office's Notice of Privacy Practices.

Please print your name here

Signature

Date

**FOR OFFICE USE ONLY**

We have made every effort to obtain written acknowledgment of receipt of our Notice of Privacy from this patient but it could not be obtained because:

- The patient refused to sign.
- Due to an emergency situation it was not possible to obtain an acknowledgement.
- We weren't able to communicate with the patient.
- Other (Please provide specific details)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Employee signature

Date

**HIPAA Acknowledgement of Receipt of the Notice of Privacy Practices**

*This form does not constitute legal advice and covers only federal, not state law.*