

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE NOUVEAU PATIENT

COORDONNÉES PERSONNELLES			
Nom de famille à la naissance:		Prénom :	
Date de naissance : jj/mm/aa		Âge :	Genre : Masculin Féminin
Adresse :		Ville :	Province:
Code postal :		Numéro d'assurance maladie :	
N° de tél:()	N° de travail:()		N° de cellulaire:()
Courriel :		En cas d'urgence contactez:	
Lien :		N° de téléphone: ()	

CONSENTEMENT À L'EXAMEN
<p>Je, soussigné, consens volontairement aux examens effectués au Centre médical ViaMedica / Services d'Imagerie ViaMedica tel que demandé par mon médecin. Je comprends que ce formulaire de consentement sera valide et demeurera en vigueur aussi longtemps que je recevrais des services au centre médical ViaMedica / Services d'Imagerie Viamedica. Ce formulaire m'a été expliqué et je le comprends et je suis d'accord avec son contenu.</p>

INFORMATION CONCERNANT LA COLLECTE DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX
<p>S'il vous plaît prenez note que les informations d'enregistrement recueillies seront utilisées pour la création de votre dossier (dossier patient) et à des fins de facturation. Elles seront également utilisées pour transmettre vos informations au médecin prescripteur et à tout autre médecin que vous nous désignerez. S'il vous plaît notez que la clinique peut avoir besoin de vous contacter au sujet de votre rendez-vous. C'est pour cela que nous avons besoin de votre numéro de téléphone et votre courriel.</p>
CETTE SECTION S'APPLIQUE SEULEMENT AUX EXAMENS DE L'INDEMNISATION DES TRAVAILLEURS
<p>Est-ce que l'examen est payé par: <input type="checkbox"/> CSST <input type="checkbox"/> SAAQ <input type="checkbox"/> CSPAAT Ontario <input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p>En signant ci-dessous vous autorisez Service d'Imagerie ViaMedica à divulguer vos informations médicales à l'indemnité des travailleurs à des fins de la réclamation d'assurance.</p>

Votre signature ci-dessous indique que vous comprenez les énoncés ci-dessus et que vous vous y conformez.

*Ce formulaire doit être signé par un parent ou le tuteur si le patient à moins de 14 ans

Comment avez-vous découvert notre clinique?	
Signature :	Date :
Signature du témoin :	
ALLERGIES: <input type="checkbox"/> aucunes _____ Êtes-vous à risque de faire une chute? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Anglais au verso / English on reverse	