



PATIENT LABEL

Date: _____

INFORMATIONS DESTINÉES AUX PATIENTS

Prénom		Nom de famille	
Date de naissance	Sexe <input type="radio"/> Femelle <input type="radio"/> Mâle	Téléphone	
Adresse		Comté	
Ville	État	Fermeture éclair	
État matrimonial <input type="radio"/> Marié <input type="radio"/> Célibataire <input type="radio"/> Divorcé <input type="radio"/> Veuf <input type="radio"/> Autre			
Langue <input type="radio"/> Anglais <input type="radio"/> Espagnol <input type="radio"/> portugais <input type="radio"/> Créole haïtien <input type="radio"/> ukrainien <input type="radio"/> Autre			
Course <input type="radio"/> Asiatique <input type="radio"/> Insulaire du Pacifique <input type="radio"/> Noir <input type="radio"/> Africain <input type="radio"/> Amérindien <input type="radio"/> Blanc <input type="radio"/> Européen <input type="radio"/> Multiracial			
Origine ethnique <input type="radio"/> Hispanique / Latino <input type="radio"/> Pas hispanique / latino			
Répondez-vous aux critères de revenu de la Clinique Grace ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		Avez-vous une assurance? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Aide médicale <input type="radio"/> Autre	
Souhaitez-vous prier avec notre équipe de prière lors de votre visite ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Préférence religieuse ?			

INFORMATIONS SUR LE TUTEUR - Si le patient est âgé de moins de 18 ans, veuillez compléter les informations ci-dessous

Nom du parent tuteur	Date de naissance	Relation	<input type="radio"/> Mère <input type="radio"/> Tuteur
----------------------	-------------------	----------	---

DIVULGATION D'INFORMATIONS ET CONSENTEMENT AU TRAITEMENT

Je, _____, autorise par la présente Grace Clinic of Ohio à divulguer des dossiers médicaux et/ou à donner des informations verbales sur ma santé à tous les prestataires de soins de santé auprès desquels je pourrais demander des soins ou traitements supplémentaires découlant et raisonnablement liés aux services fournis par Grace Clinics of Ohio. J'autorise également tous les prestataires de soins de santé auprès desquels je pourrais demander des soins ou traitements supplémentaires et raisonnablement liés aux services fournis par Grace Clinics of Ohio, à obtenir des copies de dossiers médicaux et/ou à recevoir des informations verbales sur ma santé. Je comprends que les informations divulguées et/ou obtenues ne seront utilisées qu'aux fins de fournir des soins à Grace Clinics of Ohio ou pour d'autres raisons uniquement après qu'une décharge aura été signée à cette fin particulière.

Je _____ consens par la présente à la fourniture de soins, de diagnostic et/ou de traitement par Grace Clinics of Ohio et je reconnais par la présente que ce consentement restera en vigueur jusqu'à ce que je l'annule par écrit. Je reconnais et confirme par la présente que je suis mentalement capable de donner un consentement éclairé à la fourniture de soins, de diagnostic et/ou de traitement et que je ne suis pas soumis à la contrainte ou sous une influence induite.

EXAMEN DES DROITS ET DES RESPONSABILITÉS DES PATIENTS

_____ J'ai lu et je comprends les droits et responsabilités des patients tels qu'affichés dans Grace Clinics of Ohio. J'ai eu l'occasion de poser des questions ou de demander des explications à un bénévole et/ou à un membre du personnel.

_____ J'ai lu et je comprends l'avis de responsabilité limitée pour les professionnels de la santé bénévoles, les membres du conseil d'administration, les dirigeants, les employés et les entrepreneurs indépendants de la clinique gratuite tel qu'affiché dans la Grace Clinic of Ohio. Étant mentalement compétent et sans contrainte ni influence induite, je donne mon consentement éclairé à l'immunité qualifiée qui s'étend aux prestataires de soins de santé de Grace Clinics of Ohio, Inc. qui fournissent un diagnostic, des soins ou un traitement tant qu'aucune rémunération n'est reçue ou attendue et est fournie dans une clinique gratuite.

_____ J'ai lu et je comprends le formulaire de consentement à la télémédecine et j'autorise Grace Clinic of Ohio à me permettre/à permettre au patient de participer à une télémédecine (service de vidéoconférence)

_____ J'autorise Grace Clinics of Ohio à utiliser mes photos/vidéos pour du matériel promotionnel, des publicités, des médias sociaux et d'autres communications, sans paiement. Cette autorisation s'applique à tous les formats et marchés, maintenant et à l'avenir, et se poursuit indéfiniment à moins que je ne la révoque par écrit. Je comprends que ces documents deviendront la propriété de Grace Clinics of Ohio et ne seront pas restitués. Je dégage Grace Clinics of Ohio de toute responsabilité liée à l'utilisation de ces documents

_____ Tous les soins et services fournis aux cliniques Grace sont toujours gratuits. Si votre prestataire de soins demande des analyses qui doivent être envoyées à un laboratoire ou un établissement externe, vous pourriez recevoir une facture de cet organisme.



ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

_____ NON À TOUS (NO TO ALL)

- | | |
|--|---|
| _____ TDAH | _____ MAUX DE TÊTE |
| _____ SIDA / VIH | _____ PROBLÈMES CARDIAQUES |
| _____ REFLUX ACIDE | _____ HÉPATITE |
| _____ ANÉMIE | _____ HERNIE |
| _____ TROUBLE ANXIEUX | _____ TAUX DE CHOLESTÉROL ÉLEVÉ |
| _____ ASTHME | _____ HYPERTENSION |
| _____ AUTISME | _____ HYPERTHYROÏDIE |
| _____ MALADIE AUTO-IMMUNE | _____ HYPOTHYROÏDIE |
| _____ PROBLÈMES DE VESSIE OU DE REINS | _____ MALADIE DU FOIE |
| _____ TROUBLE SANGUIN | _____ MALADIE PULMONAIRE |
| _____ CANCER | _____ MALADIE MENTALE |
| _____ DÉPRESSION | _____ SCLÉROSE EN PLAQUES |
| _____ DIABÈTE | _____ PROBLÈME MUSCULAIRE, ARTICULAIRE
OU OSSEUX |
| _____ DIVERTICULOSE | _____ NEUROLOGIQUE |
| _____ PROBLÈMES D'OREILLE OU D'AUDITION | _____ MALADIE VASCULAIRE PÉRIPHÉRIQUE |
| _____ ECZÉMA | _____ CONVULSIONS / ÉPILEPSIE |
| _____ FIBROMYALGIE | _____ APNÉE DU SOMMEIL |
| _____ PROBLÈMES GASTRO-INTESTINAUX | _____ ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL |
| _____ GOUTTE | _____ AUTRE |
| _____ TRAUMATISME CRÂNIEN / COMMOTION
CÉRÉBRALE | _____ AUTRE |