

Soins de santé primaires Déclaration d'un nouveau patient

Ne pas envoyer cette formule au ministère par la poste. Elle doit être conservée au bureau du médecin aux fins de vérification.

Veuillez remplir cette formule si vous êtes un nouveau patient d'un médecin de soins primaires et que vous avez signé la formule intitulée *Inscription du patient et consentement à la divulgation de renseignements médicaux personnels*. Si vous signez au nom d'un enfant ou d'un adulte à charge et que vous avez rempli en leur nom la formule *Inscription du patient et consentement à la divulgation de renseignements médicaux personnels*, remplissez les sections pertinentes ci-dessous.

Déclaration

Je signe (cochez les cases pertinentes)

- en mon nom (*remplir les sections A et C*)
- au nom des enfants dont le nom figure ci-dessous et dont je suis le père, la mère, le tuteur ou la tutrice (*remplir les sections B et C*)
- au nom de l'adulte ou des adultes à ma charge dont le nom figure ci-dessous et dont je suis le mandataire pour les soins personnels (*remplir les sections B et C*)

Je déclare par la présente que le ou les patients nommés ci-dessous n'ont pas de médecin de famille pour l'une ou plusieurs des raisons suivantes : (cochez les cases pertinentes)

- Le médecin de famille du patient a déménagé dans une autre ville.
- Le patient a déménagé dans une autre ville.
- Le médecin du patient n'est plus disponible parce qu'il est malade/ décédé / à la retraite.
- Le médecin du patient n'est plus disponible parce qu'il a changé de type de pratique.
- Jusqu'à présent, le patient n'a pas eu de médecin de famille ou éprouvé le besoin d'en avoir un.

Section A : Renseignements sur le patient

Prénom	Nom de famille	Numéro de carte Santé
--------	----------------	-----------------------

Section B : Adultes à charge et enfants

Prénom 1.	Nom de famille	Numéro de carte Santé
Prénom 2.	Nom de famille	Numéro de carte Santé

Pour inscrire d'autres adultes à charge/enfants, veuillez remplir une autre Déclaration d'un nouveau patient.

Section C : Signature et date

Signature	Date
-----------	------

Section D : Signature du médecin et date

Je déclare que le patient nommé ci-dessus n'est pas actuellement mon patient ni, pour autant que je sache, le patient d'un autre médecin du groupe de soins primaires auquel je suis affilié (le cas échéant). Je déclare également qu'aucun des enfants nommés (le cas échéant) n'est le nouveau-né de l'un de mes patients inscrits ou non inscrits ni, pour autant que je sache, le nouveau-né d'un patient d'un autre médecin du groupe de soins primaires auquel je suis affilié (le cas échéant).

Je consens à accepter le ou les patients susnommés parmi ma clientèle et à leur fournir des soins de santé continus à compter de la date du présent document. Je conserverai ce document dans les archives de mon bureau principal et, au besoin, j'en fournirai des copies au ministère de la Santé et des Soins de longue durée aux fins de vérification.

Nom de famille du médecin (<i>en caractères d'imprimerie</i>)	Prénom du médecin (<i>en caractères d'imprimerie</i>)
Signature du médecin	Date

**Inscription du patient et consentement à la divulgation de
renseignements médicaux personnels**

Microfilm seulement

Veillez écrire en CARACTÈRES D'IMPRIMERIE au stylo noir ou bleu.

L'information contenue dans ce formulaire est régie par les paragraphes 6 (1) et (2) de la Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ainsi que les alinéas 4 (2) b) et f), les paragraphes 4.1 (1) et (2), l'article 10 et le paragraphe 11 (1) de la Loi sur l'assurance-santé L.R.O. 1990, c. H.6. Pour en savoir plus sur les pratiques de collecte des données, veuillez communiquer avec le directeur de la Direction de l'inscription et des demandes de règlement, case postale 48, 49, Place d'Armes, Kingston ON K7L 5J3, Ligne INFO 1 888 218-9929 ou écrire aux adresses des bureaux locaux du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Partie 1 - Je veux m'inscrire auprès de Groupe de soins de santé primaires indiqué à la Partie 4

Nom de famille		Prénom		Deuxième prénom	
Numéro de carte Santé		Version	Adresse postale	App.	Numéro et nom de la rue, ou case postale, route rurale, poste restante
Date de naissance (aaaa/mm/jj)		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Ville/Municipalité	Code postale
Envoyez-moi le courrier provenant du bureau de mon médecin de famille par :			Adresse du domicile	App.	Numéro et nom de la rue, ou emplacement, concession et canton
<input type="checkbox"/> Poste normale <input type="checkbox"/> Courrier électronique (si possible)				Ville/Municipalité	Code postale
Adresse de courrier électronique			<input type="checkbox"/> ou même adresse que l'adresse postale	Ville/Municipalité	Code postale

Partie 2 - Je veux inscrire mon ou mes enfants de moins de 16 ans et/ou un ou des adultes à ma charge auprès du Groupe indiqué à la Partie 4

A Nom de famille		Prénom		Deuxième prénom	
Numéro de carte Santé		Version	Adresse postale	App.	Numéro et nom de la rue, ou case postale, route rurale, poste restante
Date de naissance (aaaa/mm/jj)		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> ou même adresse qu'à la Partie 1	Ville/Municipalité
Je suis <input type="checkbox"/> parent <input type="checkbox"/> tuteur légal <input type="checkbox"/> procureur aux soins de la personne			Adresse du domicile	App.	Numéro et nom de la rue, ou emplacement, concession et canton
				<input type="checkbox"/> ou même adresse qu'à la Partie 1	Ville/Municipalité
B Nom de famille		Prénom		Deuxième prénom	
Numéro de carte Santé		Version	Adresse postale	App.	Numéro et nom de la rue, ou case postale, route rurale, poste restante
Date de naissance (aaaa/mm/jj)		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> ou même adresse qu'à la Partie 1	Ville/Municipalité
Je suis <input type="checkbox"/> parent <input type="checkbox"/> tuteur légal <input type="checkbox"/> procureur aux soins de la personne			Adresse du domicile	App.	Numéro et nom de la rue, ou emplacement, concession et canton
				<input type="checkbox"/> ou même adresse qu'à la Partie 1	Ville/Municipalité

Partie 3 - Signature

J'ai lu et j'accepte l'engagement du patient; je consens à la divulgation de renseignements médicaux personnels et j'accepte les conditions d'annulation stipulées à l'endos de ce formulaire. Je reconnais que cette inscription ne constitue pas un contrat exécutoire et n'a pas pour but de créer de nouvelles obligations juridiques entre mon médecin de famille, le Groupe et moi.

Je signe au nom de (cochez toutes les personnes concernées)

 Moi-même Enfant(s) Adulte(s) à charge

Nom du requérant

Nom

Prénom

Signature

Date (aaaa/mm/jj)

X

Téléphone à la maison

Téléphone au travail

()

()

Partie 4 - Renseignements sur le Groupe

PG11019

G

(Indiquer le numéro de facturation et le numéro de groupe)

Signature au nom du Groupe

Date (aaaa/mm/jj)

X

À usage interne seulement (caractères d'imprimerie)

Numéro de facturation