
Renseignement sur l'employeur

Employeur _____ Profession _____ N° de téléphone professionnel _____

Adresse de l'employeur

Rue _____ Ville _____ État _____ Code postal _____

Pays _____

Renseignements sur le parent (nom de la personne avec qui communiquer en cas d'urgence):

Nom de famille _____ Prénom _____ Parenté avec le patient _____

Téléphone résidentiel _____ Téléphone professionnel _____ Téléphone cellulaire /
autre téléphone _____

Assurance

Votre visite est-elle due à un accident? Oui Non Si oui, date de l'accident _____

Indemnités d'accident du travail? Oui Non Si oui, date de l'accident _____

Êtes-vous personnellement responsable du paiement des frais pour les services rendus dans notre cabinet?

Oui Non

Sinon, qui est-ce? _____

Nom du garant _____ Parenté _____

Adresse (si différente de celle du patient) _____ Ville _____ État _____ Code postal _____

Pays _____

Nom de l'employeur du garant _____

Adresse de l'employeur du garant:

Rue Ville État Code postal

Pays

Numéro de téléphone de l'employeur Poste

Nom du régime d'assurance en première ligne Nom du souscripteur

Date de naissance du souscripteur N° de police d'assurance N° du groupe de police d'assurance

Nom du régime d'assurance secondaire Nom du souscripteur

Date de naissance du souscripteur N° de police d'assurance N° du groupe de police d'assurance

Pharmacie préférée n° 1

Nom

Adresse Ville N° de téléphone

Pharmacie préférée n° 2

Nom

Adresse Ville N° de téléphone

Veillez Lire Et Signer Ce Qui Suit

1. Le paiement des services rendus est escompté au moment du service.
2. Si une demande a été soumise auprès de l'assurance, j'autorise le paiement des prestations directement à Tenet Florida Physician Services, LLC.
3. Je suis responsable du solde de mon compte, quelle que soit la couverture de l'assurance. Le non-paiement des soldes en souffrance sur mon compte peut entraîner la mise en place d'une procédure de recouvrement.
4. J'autorise le docteur à divulguer tous renseignements relatifs au traitement de mes demandes d'indemnités.
5. Le fait de ne pas donner un préavis de 24 heures avant l'annulation d'un rendez-vous peut entraîner des frais d'annulation prélevés sur mon compte et non remboursables par l'assurance maladie.

Signature du patient / parent / tuteur

Date

Veillez sélectionner dans la liste suivante votre race:

Asiatique	Insulaire du Pacifique
Noir	Ne sait pas
Amérindien	Blanc
Autre race	

Veillez sélectionner dans la liste suivante votre langue maternelle:

Albanais	Anglais	Indonésien	Portugais	Thai
Arabe	Estonien	Italien	Roumain	Turc
Arménien	Persan	Japonais	Russe	Ukrainien
Azerbaïdjanais	Pilipino	Coréen	Samoan	Vietnamien
Bosniaque	Finnois	Laotien	Serbo-Croate	Yiddish
Bulgare	Français	Libanais	Langage gestuel	
Cambodgien	Allemand	Lithuanien	Slovaque	
Chinois	Grec	Malais	Espagnol	
Créole	Créole français de Haïti	Norvégien	Soudanais	
Tchèque	Hébreu	Autre	Suédois	
Danois	Hmong	Pakistanaï	Tagalog	
Hollandais	Hongrois	Polonais	Taiwanais	