

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

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	<b>Adresse postale</b>	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	
Envoyez-moi le courrier provenant du bureau de mon médecin de famille par :		<b>Adresse du domicile</b>	App.	Numéro et nom de la rue, ou emplacement, concession et canton	
<input type="checkbox"/> Poste normale <input type="checkbox"/> Courrier électronique (si possible)		<input type="checkbox"/> ou même adresse que l'adresse postale	Ville/Municipalité	Code postale	
Adresse de courrier électronique					

## 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	<b>Adresse postale</b>	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		<b>Adresse du domicile</b>	App.	Numéro et nom de la rue, ou emplacement, concession et canton	
<input type="checkbox"/> parent <input type="checkbox"/> tuteur légal <input type="checkbox"/> procureur aux soins de la personne		<input type="checkbox"/> ou même adresse qu'à la Partie 1	Ville/Municipalité	Code postale	
B Nom de famille		Prénom		Deuxième prénom	
Numéro de carte Santé		Version	<b>Adresse postale</b>	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		<b>Adresse du domicile</b>	App.	Numéro et nom de la rue, ou emplacement, concession et canton	
<input type="checkbox"/> parent <input type="checkbox"/> tuteur légal <input type="checkbox"/> procureur aux soins de la personne		<input type="checkbox"/> ou même adresse qu'à la Partie 1	Ville/Municipalité	Code postale	

## 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