

Information

S'il vous plait écrire de manière visible / Please print clearly

Nom de Famille / Last Name: _____

Prénom/First Name : _____

Sexe / Gender: F _____ M _____ Date de naissance / DOB ____/____/____

Adresse /Address : _____ Ville/City: _____

Province: _____ Code postal/Postal Code: _____-_____

E-mail : _____

Téléphone à la maison/Home phone (____) ____ _____ Téléphone Cellulaire / Cell phone (____)

Téléphone au travail / Work phone (____) _____

Pharmacie /Pharmacy: _____ Fax: (____) _____ Phone: (____) _____

Carte de Santé / Health Card: _____ Province: _____

Autre / Other: _____ Date d'expiration / Expiration date: _____

Nom de la personne à contacter en cas d'urgence/Emergency Contact person: _____

Lien avec vous/Relationship _____ Téléphone/Phone (____) _____

Votre état medical actuel/Significant medical condition: _____

Allergies: _____

J'ai lue attentivement les politiques du Centre de santé communautaire Saint-Thomas, et je les comprends et j'accepte de les respecter. Initiales _____

I have carefully read the St-Thomas community health centre's policies. I understand these policies and I accept to respect them. Initials: _____

(Signature)

____/____/____
Date

Référé par / referred by)

Pour l'usage du bureau seulement / Office use Only

Health care valid ___ yes ___ no ___ date ____/____/____ Initials: _____ Other province _____

GP: Dr. _____ French / English IFHP number _____ Expiration date: _____