



CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE
SAINT-THOMAS
COMMUNITY HEALTH CENTRE

Pour l'usage du bureau seulement / Office use Only

Health care valid ___ yes ___ no ___ date ___/___/___ Initials: _____

GP: Dr. _____ French / English / Both

Information

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

Nom de Famille / Surname: _____

Prénom/ Name : _____

Préférence linguistique/preferred Language: Français/French - Anglais/English - les deux/both

Sexe / Gender: F _____ M _____ Date de naissance / DOB ___/___/___
M D/J Y/A

Adresse /Address : _____ Ville/City: _____

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

E-mail : _____

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

Numéro de téléphones /telephone numbers

Maison/home: _____ travail/work _____ cellulaire/mobile _____

numéro prefere/ preferred number _____

Carte de Santé / Health care Card: _____ Province: _____

Other: _____ Expiry date: _____

Nom de la personne a contacter en cas d'urgence/Emergency Contact nom: _____

Lien avec vous/Relationship: _____ Téléphone: _____

Allergies: Latex plastic/plastique others:

Etes-vous enceinte? _____ Are you pregnant? _____

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

Initiales _____

I have carefully read the St-Thomas community health centre's policies. I understand these policies and will respect them.

Initials: _____

(Signature)

___/___/___
Date

Référé par / referred by)

Campus St-Jean (CSJ)