

IDENTIFICATION

(SVP lettres moulées / Please Print)



CENTRE MÉDICAL &
DE RÉADAPTATION

Nom / Last name:		Prénom / First:		Médecin famille / Family Doctor:	
Date de Naissance/Date of Birth: AAAA / MM / JJ		Age:		Adresse à domicile / Address at home:	
Numéro à domicile / Home phone: ()		Cellulaire / Mobile phone: ()		Numéro travail / Employer phone: ()	
Email:			Code postal:		
Email:			Vos loisirs ou sports / Your leisure-sports:		
Quels sont vos buts avec la physiothérapie/ <i>What is your goal with physiotherapy</i> :					
Vous avez été référé à notre centre par / You were referred to our clinic by:					
<input type="checkbox"/> Employeur / Employer <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Enseigne / Outdoor sign <input type="checkbox"/> Médecin / Doctor <input type="checkbox"/> Ancien patient(e) / Patient					
<input type="checkbox"/> Autre/ Other: _____					

CONDITIONS MÉDICALES / MEDICAL STATUS

Liste de vos **médicaments** / List of **medications** that you are taking now:

Allergies, incluant aux médicaments / Allergies, including medications:

<input type="checkbox"/> Problème de peau / Skin condition	<input type="checkbox"/> Varices phlébitis / Phlebitis
<input type="checkbox"/> Tuberculose / Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Problème pulmonaire / Lung problem
<input type="checkbox"/> Épilepsie / Seizures	<input type="checkbox"/> Pacemaker
<input type="checkbox"/> Migraines /Headaches	<input type="checkbox"/> Problème digestif / Digestive Problem
<input type="checkbox"/> Santé mentale / Mental illness	<input type="checkbox"/> Anémie / Anemia
<input type="checkbox"/> Glaucome / Glaucoma	<input type="checkbox"/> Problème urinaire / Urinary tract problem
<input type="checkbox"/> Diabète / Diabetes	<input type="checkbox"/> Cancer :
<input type="checkbox"/> Plaque Vis / Screws or plate	<input type="checkbox"/> Étourdissements / Dizziness
<input type="checkbox"/> Nombre de grossesses / Number of pregnancies:	<input type="checkbox"/> Dépression / Depression :
<input type="checkbox"/> Problème cardiaque / Heart problems	<input type="checkbox"/> Hypertension
<input type="checkbox"/> Gain ou perte de poids récente / Recent weight gain or loss	<input type="checkbox"/> Autre / Other:
<input type="checkbox"/> Chirurgies / Surgeries:	

Demande de consentement pour évaluation initiale et traitement : « Je soussigné(e) autorise la clinique AMS de prendre mon dossier en charge et de compléter une évaluation initiale et de me prodiguer des soins physiothérapie et/ou acuponcture. » | **Autorisation d'obtenir des renseignements médicaux** : « Je soussigné(e) autorise, par la présente, tout médecin, centre hospitalier, clinique établissement, organisme ou personne possédant des renseignements ou dossier médicaux me concernant à les communiquer sur la demande à Clinique AMS. » | **Autorisation de communiquer des renseignements médicaux entre médecins traitant et thérapeute et leurs ordres professionnels (OT, PT, thérapeute en réadaptions physique, acuponcteur)** : « Je soussigné(e) autorise, également par la présente, les thérapeutes et médecins en charge de mon dossier à communiquer entre eux au besoin des renseignements médicaux me concernant. | **Autorisation de communiquer des renseignements avec l'organisme assureur** : « Je soussigné(e) autorise, par la présente la clinique AMS à communiquer avec l'organisme assureur (CSST, SAAQ, ou assurance privé) toute information dans le processus de remboursement des frais et par rapport à la nature, la durée et les montants des soins qui me seront prodigués. »

Pour patients privés en thérapie : Pour que nous puissions vous offrir la meilleure qualité possible de traitement, nous vous demandons, dans le cas d'une annulation de vouloir bien nous aviser un minimum de 24 heures avant le rendez-vous déjà fixe. Toute annulation faite dans les 24 heures du rendez-vous vous sera chargée à 40\$. Ma signature au bas de la page témoigne de mon acceptation de cette clause.

Consent form for initial evaluation and treatments: I hereby authorise AMS clinic to take charge of my file and to do an initial evaluation and treatment sessions as needed in physiotherapy +/- acuponcture. | **Authorization to obtain medical information**: I hereby authorise any doctor, clinic, hospital, society that have information pertaining to my medical file to communicate them, on request, to AMS clinic. | **Authorization to communicate medical information amongst the doctors and therapists, as well as their professional designations (OT, PT, rehabilitation therapists and acuponcturists)**: I hereby authorise the therapists and doctors involved in my medical file to communicate amongst themselves my medical information. | **Authorization to communicate information with insurance company**: I hereby authorise AMS Clinic to communicate with my insurance company (CSST, SAAQ, or private insurance) any information involved in the process of payment of fees, concerning the nature, duration and amounts billed for treatment session given to me.

For private patients doing therapy: In order for us to provide you with the utmost quality of care, we ask that, in the event that you cannot be present at a scheduled appointment, to advise us at least 24 hours in advance. Any cancellation done within 24 hours of your appointment will be charge \$40. By signing at the bottom of the page, I hereby agree to this condition.

Signature

Date