

Cher parent/tuteur,

L'établissement scolaire de votre enfant, en partenariat avec le Programme de santé scolaire de Montefiore, possède un centre médical offrant des services médicaux complets, et qui est distinct de l'infirmierie de l'établissement. Le centre médical fournit aux élèves des premiers soins et des soins d'urgence pour des blessures bénignes, les examens physiques requis par l'établissement, des documents pour les activités sportives et professionnelles, un service d'aide psychologique et de réduction du stress, des vaccinations, des soins contre l'asthme, des conseils en nutrition, des soins dentaires préventifs, et bien plus.

Afin d'inscrire votre enfant au centre médical, veuillez remplir les formulaires ci-joints et fournir les documents suivants :

- Formulaire de consentement des parents/tuteurs
- Formulaire de base retraçant les antécédents de santé. **Toute information est confidentielle.**
- Formulaire d'assurance. **Veuillez joindre une copie de la ou des carte(s) d'assurance de votre enfant - recto et verso.**
- **Veuillez joindre une copie du carnet de vaccination de votre enfant**

Foire aux questions concernant le centre médical

Quelles sont vos heures d'ouverture ?

Nous sommes ouverts durant les jours d'école : Du lundi au vendredi, de 8h00 à 15h30. Nous sommes fermés une demi-heure tous les jours lors de la pause déjeuner. Pour connaître notre heure de déjeuner assignée, veuillez adresser un membre du personnel du centre médical.

Qui fait partie du personnel ?

Des prestataires médicaux, des prestataires de soins de santé mentale, des infirmières agréées, un gestionnaire de santé communautaire et un réceptionniste. Des services dentaires préventifs et de traitement sont actuellement disponibles dans certaines écoles secondaires ; des services dentaires préventifs sont actuellement disponibles dans certaines écoles primaires.

Mon enfant doit-il être assuré ?

Non, nous fournissons des services à votre enfant indépendamment de sa couverture d'assurance. Nous envoyons la facture aux compagnies d'assurance lorsque cela est possible afin de couvrir les coûts du programme, mais nous ne facturons pas les quoteparts. La couverture d'assurance permet d'envoyer votre enfant plus facilement vers des spécialistes et d'effectuer des tests de diagnostic.

Dois-je régler les quoteparts ?

Non, nous envoyons la facture aux compagnies d'assurance lorsque cela est possible afin de couvrir les coûts de notre programme, mais nous ne facturons pas les quoteparts. L'assurance permet d'envoyer votre enfant plus facilement vers des spécialistes et d'effectuer des tests de diagnostic.

Mon enfant doit-il avoir la nationalité américaine ?

Non, il n'est pas nécessaire que votre enfant ait la nationalité américaine. Nous ne recueillons aucune information concernant son statut de citoyenneté.

Mon enfant doit-il changer de prestataire de soins de santé habituel ?

Non, votre enfant peut garder son médecin. Nous travaillons et communiquons avec les prestataires de soins de santé, les spécialistes et les prestataires de soins de santé mentale de votre enfant, qu'ils soient ou non des prestataires affiliés à Montefiore.

Nous veillons à la santé des élèves et nous vous invitons à nous faire part de vos questions ou de vos préoccupations.

Cordialement,

Le programme de santé scolaire de Montefiore

Programme de Santé Scolaire de Montefiore
Formulaire scolaire de consentement parental

SERVICES DU CENTRE MÉDICAL SCOLAIRE

J'autorise mon enfant à recevoir des soins de santé fournis par les professionnels de la santé du Centre médical de Montefiore agréés par l'État dans le cadre du programme de santé scolaire approuvé par le Département de la santé de l'État de New York. Je comprends que la confidentialité entre l'élève et le prestataire de soins sera assurée dans certains secteurs de services conformément à la loi, et que les élèves seront encouragés à engager leurs parents ou leurs tuteurs dans les prises de décision relatives aux aides et aux soins médicaux. Les services du Centre médical scolaire peuvent inclure notamment :

1. Les services scolaires de santé obligatoires, y compris : le dépistage des troubles visuels (y compris les lunettes), des troubles auditifs, de l'asthme, de l'obésité, de la scoliose, de la tuberculose et autres problèmes médicaux, ainsi que les premiers soins et les vaccinations requises et recommandées.
2. Des examens physiques (médicaux) complets, y compris ceux requis pour les documents scolaires, sportifs et professionnels, ainsi que pour les nouvelles admissions.
3. Des tests en laboratoire prescrits par un médecin, comme ceux pour l'anémie, la drépanocytose et le diabète.
4. Des soins et des traitements médicaux, y compris le diagnostic d'une maladie aiguë ou chronique, ainsi que l'administration et la prescription de médicaments.
5. Des services relatifs à la santé mentale, y compris une évaluation, un diagnostic, un traitement et un renvoi vers un spécialiste.
6. POUR LES ÉLÈVES ADOLESCENTS : Des services de santé sexuelle, y compris des conseils relatifs à l'abstinence, la contraception [distribution de pilules contraceptives, de préservatifs, de MPA (par injection) et autres méthodes], des tests de grossesse, un dépistage et un traitement des MST, un dépistage du VIH, des frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus, et des renvois vers des spécialistes en cas de résultats anormaux, selon l'âge.
7. POUR LES ÉLÈVES ADOLESCENTS : Une éducation sanitaire et des conseils relatifs à la prévention des comportements à risques tels que : l'abus de drogues, d'alcool et de tabac, ainsi qu'une éducation sur l'abstinence et la prévention de la grossesse, les infections sexuellement transmissibles et le VIH, selon l'âge.
8. Des examens dentaires, y compris : un diagnostic, un traitement et des scellements dentaires, lorsqu'ils sont disponibles.
9. Des renvois vers des spécialistes pour les services qui ne sont pas fournis au centre médical scolaire.
10. Un questionnaire/sondage annuel sur la santé.

DÉPARTEMENT DE L'ÉDUCATION DE LA VILLE DE NEW YORK
FICHE D'INFORMATIONS POUR LE CONSENTEMENT PARENTAL CONCERNANT LA DIVULGATION
D'INFORMATIONS SANITAIRES
CONSENTEMENT PARENTAL CONFORME À L'HIPAA CONCERNANT LA DIFFUSION D'INFORMATIONS
SANITAIRES

Ma signature au dos de ce formulaire autorise la diffusion d'informations médicales. Ces informations peuvent être protégées contre toute divulgation par les lois fédérales et d'état sur la protection de la vie privée.

En signant ce consentement, j'autorise la transmission d'informations médicales à la Commission scolaire de la ville de New York (également connue sous le nom de Département de l'éducation de la ville de New York), soit parce que cela est requis par la loi ou par un règlement du Chancelier, soit parce que cela est nécessaire pour protéger la santé et la sécurité de l'élève. Sur ma demande, l'établissement ou la personne divulguant ces informations médicales doit me fournir une copie de ce formulaire. La loi exige que les parents fournissent certaines informations à l'établissement scolaire, telle qu'une preuve de vaccination. Si ces informations ne sont pas fournies à l'établissement scolaire, l'élève peut en être exclu.

J'ai obtenu une réponse à mes questions concernant ce formulaire. Je comprends que je ne suis pas tenu(e) d'autoriser la divulgation des informations médicales de mon enfant et que je peux changer d'avis à tout moment et révoquer mon autorisation en informant le Centre médical scolaire par écrit. Cependant, une fois que les informations ont été divulguées, cette divulgation ne peut pas être révoquée rétroactivement pour couvrir les informations divulguées avant la révocation.

J'autorise le Centre médical scolaire du Centre médical de Montefiore à transmettre les informations médicales spécifiques de l'élève nommé au dos de cette page à la Commission scolaire de la ville de New York (également connue sous le nom de Département de l'éducation de la ville de New York).

J'autorise le Centre médical scolaire à divulguer au Département de l'éducation de la ville de New York, et vice-versa, les informations médicales énoncées ci-dessous afin de satisfaire aux exigences réglementaires et faire en sorte que l'établissement scolaire obtienne les informations nécessaires pour protéger la santé et la sécurité de mon enfant. Je comprends que ces informations resteront confidentielles, conformément aux lois fédérales et d'état, ainsi qu'aux règlements du Chancelier relatifs à la confidentialité :

Informations requises par la loi ou par un règlement du Chancelier :

- Examen pour les nouveaux élèves (Formulaire 211S)
- Vaccinations
- Résultats du dépistage de troubles visuels et auditifs
- Résultats du test tuberculinique

Informations pour protéger la santé et la sécurité :

- Maladies pouvant nécessiter un traitement médical urgent (Formulaire 103S)
- Maladies limitant une activité quotidienne de l'élève (Formulaire 103S)
- Assurance maladie

- Diagnostic de certaines maladies transmissibles (excepté le VIH et les IST, ainsi que d'autres services confidentiels protégés par la loi).

Ma signature à la page 3 de ce formulaire autorise le Centre médical de Montefiore à contacter d'autres prestataires ayant déjà examiné mon enfant et à obtenir des informations relatives à mon assurance.

Durée pendant laquelle la transmission d'informations est autorisée :

Du : Date à laquelle ce formulaire a été signé à la page opposée

Au : Date à laquelle l'élève ne sera plus inscrit au SBHC.

Programme de Santé Scolaire de Montefiore Formulaire d'assurance

Numéro OSIS : _____	Réservé à l'administration Dossier médical n° _____
COORDONNÉES DE L'ÉLÈVE	COORDONNÉES DU PARENT/TUTEUR
Nom de famille de l'élève : _____ Prénom de l'élève : _____ Initiale du deuxième prénom de l'élève : _____ Date de naissance : ____/____/____ <small style="margin-left: 100px;">Mois Jour Année</small> Numéro de Sécurité sociale de l'élève : _____ (Facultatif) Établissement scolaire de l'élève : _____ Sexe : _____ Classe : _____ Origine ethnique : <input type="checkbox"/> Hispanique/Latino <input type="checkbox"/> Afro-américain <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Amérindien <input type="checkbox"/> Asiatique/Insulaire du Pacifique <input type="checkbox"/> Autre : _____ Langue de prédilection : _____ Adresse de l'élève : _____ Numéro de l'appartement : _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;">____________________</div> <small style="margin-left: 100px;">Ville État Code postal</small> Est-ce que l'élève a un médecin traitant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom : _____ Adresse : _____ Tél. : _____ Est-ce que l'élève a un dentiste régulier ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom : _____ Adresse : _____ Tél. : _____	Nom de la mère Nom : _____ Prénom : _____ DATE DE NAISSANCE : ____/____/____ <small style="margin-left: 100px;">Mois Jour Année</small> Nom du père Nom : _____ Prénom : _____ DATE DE NAISSANCE : ____/____/____ <small style="margin-left: 100px;">Mois Jour Année</small> Nom du tuteur légal, le cas échéant Nom : _____ Prénom : _____ DATE DE NAISSANCE : ____/____/____ <small style="margin-left: 100px;">Mois Jour Année</small> Lien du tuteur légal avec l'élève <input type="checkbox"/> Grand-parent <input type="checkbox"/> Tante ou oncle <input type="checkbox"/> Autre : _____ Preuve de la qualité de tuteur _____ Coordonnées du parent ou du tuteur Téléphone du domicile : _____ Téléphone professionnel : _____ Téléphone portable : _____ Personne supplémentaire à contacter en cas d'urgence Nom : _____ Lien avec l'élève : _____ Téléphone du domicile : _____ Téléphone professionnel : _____ Téléphone portable : _____ Cet élève se trouve-t-il en famille d'accueil ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom de l'agence d'adoption : _____ Adresse de l'agence : _____ Nom de l'assistant social : _____ Téléphone : _____

ENCADRÉ 1. CONSENTEMENT PARENTAL CONCERNANT LES SERVICES DU CENTRE MÉDICAL SCOLAIRE. Veuillez signer les encadrés 1 et 2 pour compléter l'inscription

J'ai lu et compris les services listés à la page suivante (Services du centre médical scolaire) et par ma signature je consens à ce que mon enfant reçoive les services fournis par le Centre médical scolaire du Centre médical de Montefiore. **REMARQUE :** Conformément à la loi, le consentement parental n'est pas requis pour procéder à des dépistages obligatoires, apporter des traitements de premiers soins, dispenser des soins prénatals, fournir des services en relation avec le comportement sexuel et la prévention de la grossesse, ainsi que lorsque la santé de l'élève semble compromise. Le consentement parental n'est pas requis pour les élèves âgés de 18 ans ou plus, ni pour les élèves qui sont des parents ou sont légalement émancipés. Ma signature indique que j'ai reçu une copie de l'Avis de confidentialité.

X _____

Signature du parent/tuteur (ou de l'élève s'il est âgé de 18 ans ou plus, ou s'il y est autorisé par la loi) Nom Date

Lien avec l'élève : _____

ENCADRÉ 2. CONSENTEMENT PARENTAL CONFORME À L'HIPAA CONCERNANT LA DIFFUSION D'INFORMATIONS SANITAIRES

J'ai lu et compris la politique de divulgation des informations sanitaires. Ma signature indique que je consens à ce que mes informations médicales soient divulguées telles qu'indiquées.

X _____

Signature du parent/tuteur (ou de l'élève s'il est âgé de 18 ans ou plus, ou s'il y est autorisé par la loi) Nom Date

Lien avec l'élève : _____

Programme de Santé Scolaire de Montefiore Formulaire d'assurance

Nom de l'élève : _____	Réservé à l'administration
Date de naissance : _____ <small>Mois Jour Année</small>	Dossier médical n° : _____

Les Centres médicaux scolaires de Montefiore fournissent **gratuitement** des services à tous les élèves qui sont inscrits.

- Afin de couvrir les coûts de notre programme, nous envoyons la facture à Medicaid ou à d'autres assureurs à fins de remboursement.
- Votre assureur peut vous envoyer un relevé des prestations (Explanation of Benefits, EOB) où figurent les informations concernant les prestations qui ont été facturées et les remboursements approuvés.
- Le programme des Centres médicaux scolaires de Montefiore **ne vous enverra pas** de facture pour les prestations fournies par les Centres médicaux scolaires de Montefiore.

INFORMATIONS CONCERNANT L'ASSURANCE

Votre enfant bénéficie-t-il du programme Medicaid ?

Non Oui : Identifiant Medicaid _____

Votre enfant bénéficie-t-il du programme Child Health Plus ?

Non Oui : Identifiant Child Health Plus _____

Quel régime ?

- Affinity UHC Community Plan Empire BCBS Healthplus
 Fidelis HIP Wellcare
 HealthFirst MetroPlus Emblem Health / GHI
 Autre : _____

Votre enfant a-t-il une assurance pour les soins ophtalmologiques ?

Non Oui, remplissez les champs ci-dessous ou joignez une copie de votre carte d'assurance.

Nom de l'assurance pour les soins ophtalmologiques : _____

Adresse de l'assurance pour les soins ophtalmologiques : _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Police n° : _____

Groupe n° : _____

Nom de l'assuré : _____

Lien avec le patient : _____

Date de naissance de l'assuré : _____ / _____ / _____ Sexe : F M
Mois Jour Année

Si votre enfant n'a aucune assurance maladie, souhaitez-vous être contacté(e) par le représentant d'une organisation communautaire ou d'un régime d'assurance maladie pour personnes à faible revenu approuvé par l'État de New York ? Oui Non

Votre enfant a-t-il une autre assurance maladie ? Non Oui, remplissez les champs ci-dessous ou joignez une copie de votre carte d'assurance :

Nom de l'assurance maladie : _____

Adresse de l'assurance maladie : _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Police n° : _____

Groupe n° : _____

Nom de l'assuré : _____

Lien avec le patient : _____

Date de naissance de l'assuré : _____ / _____ / _____ Sexe : F M
Mois Jour Année

Votre enfant a-t-il une assurance dentaire ? Non Oui, remplissez les champs ci-dessous ou joignez une copie de votre carte d'assurance.

Nom de l'assurance dentaire : _____

Adresse de l'assurance maladie : _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Police n° : _____

Groupe n° : _____

Nom de l'assuré : _____

Lien avec le patient : _____

Date de naissance de l'assuré : _____ / _____ / _____ Sexe : F M
Mois Jour Année

1. ACCORD FINANCIER/GARANTIE DE REMBOURSEMENT

J'autorise le paiement direct des prestations médicales auxquelles a droit le patient nommé ci-après (« mon enfant ») aux Centres médicaux scolaires de Montefiore (Montefiore School Based Health Centers) afin de couvrir le coût des soins et traitements dispensés à mon enfant aux Centres médicaux scolaires de Montefiore (Montefiore School Based Health Centers, SBHC).

2. DIVULGATION D'INFORMATIONS

Dans l'éventualité où mon assureur refuse de rembourser les Centres médicaux scolaires de Montefiore pour les prestations fournies à mon enfant, je consens par les présentes à ce qu'un représentant autorisé de l'hôpital contacte mon assureur et lui fournisse toutes les informations et toute la documentation concernant les prestations fournies à mon enfant par les SBHC, qui pourraient être exigées pour permettre à mon assureur de réévaluer sa décision de refuser le remboursement de ces prestations.

J'autorise les Centres médicaux scolaires de Montefiore, mon médecin traitant ainsi que tous leurs cessionnaires respectifs à utiliser et divulguer les informations relatives à la santé de mon enfant à toutes fins nécessaires pour toutes activités liées au traitement, au paiement et aux soins de santé. Je reconnais que les informations relatives à la santé de mon enfant que je fournis peuvent inclure des informations liées à une maladie mentale et/ou au SIDA/syndrome apparenté au SIDA/VIH, et que ces informations peuvent être divulguées (y compris leur examen et copie) aux assureurs et garants si elles sont nécessaires pour le remboursement des frais des SBHC et des frais professionnels.

3. MÉDICAID ET/OU AUTRE ASSUREUR - DIVULGATION D'INFORMATIONS ET ATTRIBUTION DES PRESTATIONS

J'atteste que les informations relatives aux assurances que j'ai fournies concernant mon enfant sont exactes. J'autorise les détenteurs de toutes informations médicales ou autres concernant mon enfant à divulguer aux Centers for Medicare/Medicaid Services et à leurs agents et/ou tout autre assureur auprès duquel mon enfant est couvert, toute information nécessaire dans le cadre de cette demande de remboursement ou toute autre demande de remboursement connexe. Je demande que les prestations autorisées effectuées pour le compte de mon enfant soient remboursées aux Centres médicaux scolaires de Montefiore pour tous les services qui lui ont été fournis par les prestataires des SBHC.

4. INFORMATIONS CONCERNANT L'ASSURANCE

Je comprends que les Centres médicaux scolaires de Montefiore auront recours à divers moyens pour déterminer si mon enfant a une assurance, y compris le système électronique de vérification d'admissibilité de Medicaid (Electronic Medicaid Eligibility Verification System) ou tous autres détenteurs d'informations concernant mon enfant. Je comprends que ces autres sources d'information seront utilisées pour confirmer toute information relative à une assurance que j'ai mentionnée sur le formulaire de consentement médical/d'inscription.

J'AI LU ET COMPRIS CE QUI PRÉCÈDE ET J'Y CONSENS.

NOM DU PARENT

LIEN AVEC LE PATIENT

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR LÉGAL
(ou de l'élève s'il est âgé de 18 ans ou plus, ou s'il y est autorisé par la loi)

DATE

Programme de Santé Scolaire de Montefiore

Antécédents médicaux de base

Nom de l'enfant _____	Date de naissance (mois/jour/année) _____	Classe _____	Établissement scolaire _____
-----------------------	---	--------------	------------------------------

Cher parent/tuteur, Nous attachons une grande importance à la santé de votre enfant. **Afin de mieux comprendre les besoins de santé de votre enfant, le Programme de santé scolaire de Montefiore souhaite que chaque élève inscrit dans un centre médical scolaire fasse l'objet d'une brève évaluation médicale annuelle. Cela inclut la mesure de la taille, du poids et de la tension artérielle, ainsi que l'examen du carnet de vaccination de l'enfant et de la documentation relative au foyer médical de celui-ci.** Cette évaluation médicale ne remplace pas le bilan de santé complet annuel effectué par le médecin traitant de votre enfant. Si votre enfant n'a pas de médecin traitant et/ou qu'il n'a pas d'assurance maladie, vous pouvez demander un examen physique complet dans le centre médical scolaire. Le Programme de santé scolaire de Montefiore utilise les mêmes dossiers de santé électroniques que le Centre médical de Montefiore, ce qui nous permet de communiquer avec tous les prestataires de Montefiore.

Nous vous informerons toujours si votre enfant est malade et doit quitter l'établissement ou se rendre aux urgences. À cette fin, veuillez nous informer si vos coordonnées changent. Afin de nous aider à informer le personnel de santé scolaire des besoins de santé de votre enfant en cas de soins continus ou d'urgence, veuillez répondre aux questions suivantes.

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé sérieux ou chroniques ?	Non	Oui
Asthme		
Dépression or anxiété (si oui, entourez l'un ou les deux)		
Surpoids ou obésité		
Autre maladie chronique (diabète, drépanocytose, etc.)		
Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic de souffle au cœur ?		
Votre enfant prend-il régulièrement des médicaments ? Si oui, veuillez indiquer leur(s) nom(s) et dose(s)		
Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé ou opéré ? Si oui, pour quelle raison ?		
Votre enfant a-t-il déjà eu la varicelle ? Si oui, Âge _____ Années _____		
Votre enfant a-t-il des allergies médicamenteuses ou alimentaires ?	Non	Oui
Votre enfant est-il allergique à certains médicaments ? Si oui, précisez :		
Votre enfant est-il allergique à certains aliments ? Si oui, précisez :		
Si oui, votre enfant possède-t-il un EpiPen ?		
Le Département de la santé de l'État de New York exige que nous posions les questions suivantes concernant les risques de tuberculose ainsi que le risque d'intoxication au plomb.	Non	Oui
Votre enfant a-t-il déjà eu la tuberculose ou a-t-il déjà obtenu un résultat positif au test cutané de la tuberculose ? Si oui, Âge _____ Années _____		
Votre enfant a-t-il déjà été exposé à une personne atteinte de tuberculose ? Si oui, Quand _____ Qui _____		
Votre enfant est-il en contact étroit ou vit-il avec une personne ayant obtenu un résultat positif au test cutané de la tuberculose ? Si oui, Quand ? _____		
Votre enfant vit-il aux États-Unis depuis moins de 5 ans ? Si oui, où ? _____		
Votre enfant a-t-il voyagé hors des États-Unis pendant plus d'un mois ? Si oui, à quel âge Où ? _____		
Votre enfant s'est-il rendu à Haïti, au Mexique, en République dominicaine, au Pakistan ou au Bangladesh, ou a-t-il déjà utilisé des produits (poteries vernies, remèdes traditionnels, produits cosmétiques, aliments ou épices) importés de ces pays ?		

Des membres de votre famille, vivants ou décédés, ont-ils eu certains des problèmes suivants ? Cochez toutes les réponses applicables.	Mère	Père	Frère ou sœur	Grand-parent	Autre
Asthme					
Diabète sucré					
Crise cardiaque ou AVC avant l'âge de 45 ans					
Cholestérol élevé					
Consommation de tabac (cigarettes/cigares)					
Autre :					
Autre :					
Décédé					

Si votre enfant se rend au Centre médical scolaire pour une douleur mineure ou autres symptômes mineurs, nous lui administrerons un des médicaments suivants, à moins que votre enfant souffre d'allergies particulières

Acétaminophène (Tylenol) ou ibuprofène (Motrin) pour soulager les douleurs telles que les maux de tête, les menstruations ou les maux de dents
Maalox contre les maux d'estomac ou la nausée
Pepto-Bismol contre la diarrhée ou les maux d'estomac
Loratadine (Claritine) contre les allergies saisonnières
Pseudoéphédrine contre les symptômes du rhume

Si vous ne souhaitez pas que votre enfant reçoive l'un de ces médicaments sans consulter d'abord avec le praticien ou dentiste, veuillez cocher la case ci-dessous. Si vous cochez cette case et que nous sommes dans l'impossibilité de vous contacter par téléphone, votre enfant ne recevra AUCUN traitement lors de cette visite.

Nous vous informerons toujours si votre enfant est malade et doit quitter l'établissement ou se rendre aux urgences. À cette fin, veuillez nous informer si vos coordonnées changent.

Veuillez indiquer la **pharmacie** la plus pratique pour vous, afin d'y faire parvenir électroniquement toute ordonnance nécessaire.

Les ordonnances électroniques sont désormais exigées.

Nom de la pharmacie : _____

Adresse de la pharmacie : _____

Date de naissance (mois/jour/année) _____

Nom _____

Signature _____

Lien avec le patient _____