

Prénom: _____ Nom de famille: _____ Date de naissance: _____
 Mois/Jour/Année

ADRESSE: _____
 Numéro/Rue/Appartement _____ Ville _____ Code Postal _____

 Num. de tél à Domicile _____ Numéro de travail _____ Cellulaire _____
 Adresse courriel _____

Est-ce que vous voulez recevoir un courriel pour vous rappelez de votre rendez-vous ? : OUI / NON

Avez-vous des assurances privées? ___ Oui ___ Non Quelle compagnie? _____

Numero de police: _____ Numero d'identification/certificat: _____

INFORMATION MÉDICALE:

Référé par: Dr. _____ Docteur de famille: Dr. _____

Avez-vous les problèmes médicaux suivants (veuillez encercler):

Diabète	Oui	No	Cancer	Oui	No
Hypertension Artérielle	Oui	No	Allergies	Oui	No
Arrêt Cardiaque	Oui	No	Chirurgie	Oui	No
Pacemaker	Oui	No	Convulsions	Oui	No
Mal de tête	Oui	No	Implants métalliques	Oui	No
Problème neurologique	Oui	No	Étourdissements	Oui	No
Êtes-vous enceinte	Oui	No			

Veuillez remplir SEULEMENT si ici pour un problème de GENOU ou de PIED:

Avez-vous de la douleur aux pieds ?	Oui		
Avez-vous de la douleur ou talon régulièrement ?	Oui		
Avez-vous des problème de pieds visibles (oignons, pieds plats, cors)	Oui		
Avez-vous des jambes fatiguées ou endormies ?	Oui		
Avez-vous des pieds, chevilles, ou jambes enflées ?	Oui		
Est-ce que vous êtes en position assise ou debout pendant de longues périodes de temps durant la journée ?	Oui		
Avez-vous des varices ?	Oui		
Avez-vous des jambes veineuses ?	Oui		
Êtes-vous un fumeur/une fumeuse ?	Oui		
Êtes-vous immobile la plupart de la journée ?	Oui		

Avez-vous d'autres problèmes de santé: _____

Prenez-vous des médicaments? OUI NON

Si OUI, énumérez svp les médicament(s) et pour quelle(s) condition(s) :

Je comprends que des frais de 75 \$ me seront facturés pour tout rendez-vous manqué sans préavis d'au moins 24 heures pour l'annulation ou le report, ce préavis devant être donné durant les jours ouvrables (du lundi au vendredi).

JE SUIS RESPONSABLE DE MES PAIEMENTS POUR MES SESSIONS DE TRAITEMENT DE PHYSIOTHÉRAPIE.

Date

Signature

Consentement Pour Recueillir et Divulguer des Renseignements Personnels de Santé

Je permets à ActiveCare physiothérapie – Montfort de recevoir et de partager les renseignements ce rapportant à ma condition et mon traitement avec les professionnels médicaux appropriés. Ce consentement est considéré valide pendant un (1) an à partir de la date de signature. Toutes photocopies et télécopies seront valide si requit comme preuve de consentement.

Consentement d'Évaluation et de Traitement

Je donne mon consentement à participer à l'évaluation / traitement de physiothérapie, qui peut comprendre: (a) Accès à mon historique médicaux; (b) L'histoire de ma blessure actuelle; (c) Un examen physique, comprenant la palpation de la zone douloureuse, et des tentatives de mouvement actif et passif. Je comprends que, à l'issue de l'évaluation, le/la physiothérapeute va m'informer au sujet de mes options de traitements.

Signature

Date

Imprimer votre nom S.V.P.

**Dr. Fleauriau-Chateau, Dr. Bouffard, ont un intérêt avec ActiveCare physiothérapie - Montfort.
Vous avez la possibilité de choisir n'importe quel fournisseur.**