

Votre nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

Téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Nom du parent/tuteur : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Caisse d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

N° ID : \_\_\_\_\_ N° du groupe : \_\_\_\_\_

Votre langue principale ou votre moyen de communication : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Instructions particulières de sécurité, plans de crise ou numéro de la permanence téléphonique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Conditions particulières, difficultés de traitement, constatations inhabituelles ou nécessité d'utiliser un équipement médical ou durable (type et dimensions) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnostic principal : \_\_\_\_\_

Autre diagnostic ou blessures majeures? \_\_\_\_\_

Conditions particulières/remarques : \_\_\_\_\_

Allergies (Incluez les médicaments, la nourriture, l'environnement, les coordonnées ou autres. Décrivez l'événement.) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Hôpital privilégié : \_\_\_\_\_

Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Hôpital spécialisé : \_\_\_\_\_

Autres prestataires de soins de santé (p. ex., spécialistes, dentistes, thérapeutes, etc.)

Nom du prestataire : \_\_\_\_\_

Type : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Nom du prestataire : \_\_\_\_\_

Type : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Nom du prestataire : \_\_\_\_\_

Type : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Nom du médicament	Dose	Fréquence
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Autres informations : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Membres de la famille, tuteurs ou autres personnes autorisées à discuter de vos informations médicales avec votre médecin. (Si vous avez 18 ans ou plus, incluez-les sur le formulaire de confidentialité HIPAA que votre médecin vous remet.)

Nom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

# H.I. Doc



Maintenez votre carte à jour. Pour obtenir une nouvelle carte, visitez le site Web du NYS Department of Health à l'adresse suivante : [health.ny.gov/community/special\\_needs/#](http://health.ny.gov/community/special_needs/#)

L'objectif de cette carte est d'aider les parents d'enfants souffrant d'un handicap et les personnes souffrant d'un handicap à organiser leurs informations médicales et de santé.