



**CONCIERGE DIAGNOSTICS, INC – RENSEIGNEMENTS POUR LES PATIENTS**

Veuillez remplir le formulaire ci-dessous

NOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ SEXE : M F

ADRESSE: \_\_\_\_\_

ÉTAT : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_ CELLULAIRE : \_\_\_\_\_

COURRIER: \_\_\_\_\_

**COURSE:**

Favor Seleccionar \_\_\_ Amérindien ou Autochtone d'Alaska \_\_\_ Noir ou Afro-Américain  
\_\_\_ Autochtone hawaïen ou d'autres îles du Pacifique \_\_\_ Asian \_\_\_ Blanc/Caucasien \_\_\_ Patient refusé

**ETHNICITÉ**

S'il vous plaît sélectionner \_\_\_\_\_ Latino o Hispanique \_\_\_ Pas d'Hispanique ou de Latino \_\_\_ Prefiero No  
Decir

ÉTAT SENTIMENTAL : \_\_\_ Jamais marié \_\_\_ Casado \_\_\_ Anulado \_\_\_ Viudo/un \_\_\_ Separado \_\_\_ Divorciado

SITUATION D'EMPLOI : \_\_\_ Employee \_\_\_ Despleado \_\_\_ Estudiante \_\_\_ Retraité

**HISTOIRE SOCIALE :**

Quelle quantité fumez-vous ?

\_\_\_ Jamais \_\_\_\_\_ Fumador/Date \_\_\_\_\_ Fumador \_\_\_\_\_ Colis/Jours en cours

À quelle fréquence buvez-vous de l'alcool ?

\_\_\_ Socialement \_\_\_ Semanal \_\_\_ A Quotidien \_\_\_ Bière/Vin \_\_\_ Liquor \_\_\_ Nunca

ASSURANCE PRIMAIRE : \_\_\_\_\_

SEGURO SECONDAIRE : \_\_\_\_\_

MÉDECIN DE SOINS PRIMAIRES : \_\_\_\_\_

PHARMACIE A DÉCLARÉ : \_\_\_\_\_

VOUS ÊTES ENCEINTE?..... S'IL N'Y A PAS DE DATE D'ÉCHÉANCE : \_\_\_\_\_

IL A UN STIMULATEUR CARDIAQUE?.....SI CE N'EST PAS LE CAS, METTEZ LA DATE : \_\_\_\_\_

IL A DES PLANTES MÉTALLIQUES?.....SI CE N'EST PAS LE CAS : \_\_\_\_\_

VOUS AVEZ REÇU UN DIAGNOSTIC DE CANCER?..... SI CE N'EST PAS LE CAS : \_\_\_\_\_

DES TESTS AUDITIFS ONT ÉTÉ EFFECTUÉS?..... SI VOUS NE SORTEZ PAS AVEC \_\_\_\_\_

UN DÉPISTAGE DE LA VUE A ÉTÉ EFFECTUÉ?..... S'IL N'Y A PAS DE DATE : \_\_\_\_\_

IL EST DIBÉTIQUE?..... SI CE N'EST PAS L'examen A1C : \_\_\_\_\_

AVEZ-VOUS EU DES ANALYSES SANGUINES AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS.... SI NO C

UANDO : \_\_\_\_\_



CONCIERGE DIAGNOSTICS, INC.  
601 Brickell Key Drive, Suite 700, Miami, FL 33131  
Téléphone : (305) 714 – 2160  
Télécopieur : (305) 397 – 1156

## AVIS DE PRATIQUES DE PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE, RECONNAISSANCE ET AUTORISATION DE LA HIPPA

La loi HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) de 1996 (HIPAA) nous oblige à vous fournir notre avis sur les pratiques en matière de confidentialité qui explique nos pratiques en matière de confidentialité et comment nous pouvons légalement utiliser et divulguer vos informations de santé protégées (PHI). Afin de protéger votre vie privée et votre confidentialité, nous vous demandons d'autoriser quand et par qui des renseignements médicaux protégés peuvent être divulgués.

Pouvons-nous laisser un message détaillé sur votre répondeur à domicile ou votre téléphone portable ?  SI  NO

Pouvons-nous vous appeler au travail et laisser un message pour appeler notre bureau ?  OUI  NO

Avons-nous votre permission pour parler à des membres de votre famille ou à d'autres personnes  SI  NO

Dans l'affirmative, veuillez indiquer votre nom, votre numéro de téléphone et votre lien de parenté :

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Relation : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Relation : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Relation : \_\_\_\_\_

En signant ce formulaire, je reconnais que j'ai reçu une copie de l'avis sur les pratiques en matière de protection de la vie privée et que je l'ai lu ou que j'ai refusé de le lire. J'ai eu l'occasion de poser des questions et je comprends l'avis sur les pratiques en matière de protection de la vie privée, je comprends que ce formulaire sera placé dans mon dossier médical et qu'il sera conservé pendant six ans.

Nom en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_



CONCIERGE DIAGNOSTICS, INC.  
601 Brickell Key Drive, Suite 700, Miami, FL 33131  
Téléphone : (305) 714 – 2160  
Télécopieur : (305) 397 – 1156

## AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES DOCUMENTS

Médecin / Hôpital : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
État : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Par la présente, j'autorise et demande la communication de mon dossier médical à :

**CONCIERGE DIAGNOSTICS, INC.**  
**601 Brickell Key Drive, Suite 700, Miami, FL 33131**  
**Téléphone : (305) 714 – 2160 Fax : (305) 397 – 1156**

Nous vous remercions d'avance de votre collaboration.

Nom en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Relation/Autorité si non signée par le patient : MANAGER / MEMBRE DU PERSONNEL \_\_\_\_\_

Signature du témoin \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

\*Je reconnais qu'il peut être nécessaire de comparer les études avec d'autres résultats de tests provenant d'autres établissements médicaux, médecins, laboratoires, etc. et j'autorise la divulgation de toute information médicale pertinente à Concierge Diagnostics, Inc.\*

**SOUMETTRE : LES 3 DERNIÈRES NOTES DE BUREAU, LA LISTE DES MÉDICAMENTS, LES RÉSULTATS DES TESTS DE LABORATOIRE ET DE DIAGNOSTIC, LE CAS ÉCHÉANT.**

CONCIERGE DIAGNOSTICS INC  
601 Brickell Key Drive, Suite 700, Miami, FL 33131  
Téléphone : (305) 714 – 2160  
Télécopieur : (305) 397 – 1156



CONCIERGE DIAGNOSTICS, INC.  
601 Brickell Key Drive, Suite 700, Miami, FL 33131  
Téléphone : (305) 714 – 2160  
Télécopieur : (305) 397 – 1156

## CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ À L'EXAMEN ÉCHOGRAPHIQUE DIAGNOSTIQUE

Votre médecin nous a demandé d'effectuer une échographie/échographie (États-Unis) Pour plus d'informations. Il s'agit d'un test de diagnostic qui utilise des ondes sonores et un ordinateur pour produire des images des parties internes du corps. L'avantage de ce test est d'aider votre médecin à poser un diagnostic. Il peut y avoir d'autres alternatives d'imagerie, cependant, votre médecin estime qu'une échographie est le meilleur test de diagnostic pour vous après avoir évalué vos symptômes et votre état de santé à ce moment-là.

En signant ci-dessous, je certifie que j'ai lu intégralement ce consentement, qu'il m'a été expliqué, ou qu'il m'a été lu. J'ai eu l'occasion de poser des questions sur mon état, les autres formes de traitement, les procédures qui seront utilisées, ainsi que les risques et les dangers encourus. Je comprends son contenu et j'ai suffisamment d'informations pour donner mon consentement éclairé.

Patientes : En signant ce formulaire, je déclare par la présente qu'à ma connaissance, je ne suis pas enceinte et qu'on ne soupçonne pas qu'une grossesse ait été confirmée pour le moment. Si vous êtes enceinte ou pensez l'être, veuillez en informer la réception :

Nom en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

### POLITIQUE DE COP-PAY ET DE DÉBOURS

Je reconnais que Diagnostics Concierge applique un co-paiement standard pour les services en cabinet et pour les services à domicile, indépendamment de tout accord contractuel avec les compagnies d'assurance. Je comprends que ce frais est entièrement distinct de tout montant de franchise ou de co-assurance établi par ma compagnie d'assurance. De plus, je comprends que ce co-paiement n'est pas conditionné par la couverture d'assurance et s'applique de manière uniforme aux patients assurés et non assurés dans le cadre des frais de service médical de Diagnostics Concierge. Par la présente, j'accepte de ne pas demander de remboursement pour ce co-paiement ou tout autre dépense personnelle une fois que j'ai reçu les services de Diagnostics Concierge. Je confirme avoir reçu une explication détaillée de ces termes, et ma signature sert de preuve de ma compréhension et de mon acceptation de ceux-ci.

Nom en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_



CONCIERGE DIAGNOSTICS, INC.  
601 Brickell Key Drive, Suite 700, Miami, FL 33131  
Téléphone : (305) 714 – 2160  
Télécopieur : (305) 397 – 1156

## Procuration et autorisation médicale

PROCURATION POUR ENDOSSER LES CHÈQUES ET/OU SIGNER TOUT DOCUMENT QUI AMÉLIORERA OU ACCÉLÉRERA LE PAIEMENT AU FOURNISSEUR POUR LES SERVICES DE DIAGNOSTIC RENDUS, Y COMPRIS, MAIS SANS S'Y LIMITER, LA DIVULGATION DES DOSSIERS MÉDICAUX ET LES CESSIIONS DE PRESTATIONS/L'AUTORISATION DE PAYER.

Que toutes les personnes présentes sachent que : Le soussigné a fait, constitué et nommé, et fait, constitue et désigne par les présentes Concierge Diagnostics, Inc. et l'un de ses agents et employés dûment autorisés en tant que véritable conseiller juridique du soussigné. par et au nom du soussigné, lieu et lieu pour endosser tous les chèques, mandats ou mandats libellés à l'ordre du soussigné seul ou du soussigné et à Concierge Diagnostics, Inc., sur demande ou avec la connaissance et l'approbation du soussigné et/ou de l'émetteur du chèque, du mandat ou du mandat.

En outre, le soussigné permet à Qualis Diagnostics faisant affaire sous le nom de Concierge Diagnostics, Inc ou à l'un de ses agents de signer tous les documents nécessaires pour améliorer, accélérer et/ou permettre le paiement à ce fournisseur. Il peut s'agir d'affidavits attestant qu'il n'est pas propriétaire d'un véhicule, de formulaires d'assurance et d'autres déclarations.

LA PERSONNE RESPONSABLE DE CES CADEAUX ACCORDE ET ACCORDE PAR LA PRÉSENTE À CONCIERGE DIAGNOSTICS, INC. EN TANT QUE MANDATAIRE LE PLEIN POUVOIR ET L'AUTORITÉ DE FAIRE ET D'EXÉCUTER TOUS LES ACTES, TOUTES LES EXIGENCES ET TOUS LES BESOINS À ACCOMPLIR SUR ET SUR LES LIEUX ET PLEINEMENT À TOUTES FINS QUE LE SIGNATAIRE POURRAIT OU POURRAIT FAIRE POUR PRÉSENTER PERSONNELLEMENT, EN CE QUI CONCERNE L'APPROBATION ET L'ENCAISSEMENT DE CES CHÈQUES, AINSI QUE TOUT AUTRE DOCUMENT.

### LANCEMENT MÉDICAL

Une photocopie de ce document sera suffisante pour autoriser toute personne qui possède des dossiers de traitements médicaux, de services de diagnostic ou de fournitures m'appartenant à en fournir des copies conformes à Concierge Diagnostics, Inc. ou à tout assureur qui me fournit une couverture dans le cadre du traitement de toute demande de prestations faite par moi ou le cessionnaire dans les présentes. Une photocopie de ce document sera contraignante en tant que page de signature originale. Le soussigné ratifie et confirme toutes les mesures prises par ce mandataire en vertu de la présente procuration spéciale et que ce mandataire prendra ou fera prendre en vertu des présentes.

### CESSION DE PRESTATIONS

Je \_\_\_\_\_, par la présente, autoriser mon régime d'assurance maladie à effectuer les paiements des prestations médicales qui me sont payables pour les services rendus à Concierge Diagnostics, Inc., mais pas à dépasser les frais pour ces services, payables et envoyés directement à :

**Qualis Diagnostics, LLC faisant affaire sous le nom de Concierge Diagnostics, Inc. situé à l'adresse suivante : 601 Brickell Key Drive, Suite 700, Miami, FL 33131**

De plus, par la présente, j'ASSIGNE de manière irrévocable à Concierge Diagnostics, Inc. les droits et avantages en vertu de toute police d'assurance, accord d'indemnisation ou toute autre source collatérale telle que définie dans les États de Floride pour tout service ou frais fournis par Concierge Diagnostics, Inc.

EN FOI DE QUOI, le soussigné aux présentes, ce (jour) \_\_\_\_\_ de (mois) \_\_\_\_\_ / (année) \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_