



Formulaire d'information du service de la gestion du traitement

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| Date (jj/mm/aaaa)                      | Nom   | Sexe<br><input type="radio"/> masculin <input type="radio"/> féminin | Date de naissance (jj/mm/aaaa)              |
| Adresse                                | Ville   | Province   | Code postal                                 |
| Indicatif régional/numéro de téléphone | Autre ( <input type="radio"/> téléphone/ <input type="radio"/> télécopie/ <input type="radio"/> cellulaire/ <input type="radio"/> courriel) |  | Numéro d'adhérent/de police (si applicable) |

**(Veuillez écrire en caractères d'imprimerie ou dactylographier. Toute l'information doit être complétée)**

Nom du médecin(s) et/ou du spécialiste(s) \_\_\_\_\_

Numéro(s) de téléphone \_\_\_\_\_ Autre (télécopieur/courriel) \_\_\_\_\_

Diagnostic actuel \_\_\_\_\_

Procédure(s) médicale(s) requise(s) \_\_\_\_\_

Lieu(x) choisi(s) pour le traitement aux É.-U. \_\_\_\_\_

Établissement médical choisi (si connu) \_\_\_\_\_

Autre information pertinente (c-à-d. les antécédents médicaux apparentés) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AUTORISATION MÉDICALE**

J'autorise par la présente mon médecin à fournir à OneWorld Medicare Inc. toute information concernant ma maladie ou blessure y compris tout antécédent médical apparenté, consultations, médicaments ou traitement. Une photocopie de cette autorisation reçue du patient ou de OneWorld Medicare Inc. est aussi valide que l'originale.

Datée \_\_\_\_\_

Signée \_\_\_\_\_  
(PATIENT OU CONJOINT, PARENT OU TUTEUR DU PATIENT)