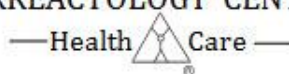




CORREACTOLOGY HEALTH CARE GROUP INC.

CORREACTOLOGY CENTERS



BIENVENUE

Les praticiens de la Corréactologie® et le personnel du centre de la Corréactologie® vous souhaitent la bienvenue et veulent vous offrir les meilleurs soins possibles.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

*** Veuillez remplir ce questionnaire. Si vous avez besoin d'aide, veuillez demander à notre personnel.***

M. () Mme. () Mlle ()

Nom _____

Rue _____ Apt. _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone (Maison) () _____ (Travail) () _____ (Cellulaire) () _____

Adresse Courriel _____

Date de naissance (Mois/Jour/Année) _____

Profession _____

Personne à contacter en cas d'urgence, nom & nature de vos rapports avec cette personne _____

Numéro de téléphone en cas d'urgence () _____

Comment avez-vous choisi notre bureau? _____

RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ

Quelles sont vos deux plaintes principales? _____ & _____

Depuis combien de temps avez-vous ces conditions? _____ & _____

Avez-vous déjà reçu de l'aide pour ces conditions? () Oui () Non

Où? _____

Quand? _____

Dressez la liste des médicaments d'ordonnance, des médicaments en vente libre, des vitamines et des produits naturels que vous prenez actuellement. _____

Est-ce que les conditions interfèrent avec : () Travail () Routine journalière () Repos

() Autre _____

ANTÉCÉDENT DE LA SANTÉ CONFIDENTIEL

Les affections suivantes peuvent être liées à votre état actuel.

Dans l'espace devant chaque item, cochez si vous avez déjà reçu un diagnostic ou si vous souffrez présentement du problème, et dont vous croyez peut être relié à votre condition.

GÉNÉRAL <input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Perte de sommeil <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Nervosité <input type="checkbox"/> Perte de poids <input type="checkbox"/> Gain de poids <input type="checkbox"/> Allergies <input type="checkbox"/> Problèmes de saignement <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Goutte <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Maladie de la Thyroïde <input type="checkbox"/> Perte de cheveux <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Appendicite <input type="checkbox"/> Trouble de reflux <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn <input type="checkbox"/> Colite <input type="checkbox"/> Syndrome du côlon irritable <input type="checkbox"/> Polype <input type="checkbox"/> Fissures <input type="checkbox"/> Étouffement constant RESPIRATOIRE <input type="checkbox"/> Difficulté à respirer <input type="checkbox"/> Toux chronique <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Asthme/Asthmatiforme <input type="checkbox"/> Tuberculose CARDIOVASCULAIRE <input type="checkbox"/> Rythme cardiaque irrégulier <input type="checkbox"/> Blocage au cœur/artère <input type="checkbox"/> Douleur au-dessus du cœur <input type="checkbox"/> Attaque de cœur/Angine <input type="checkbox"/> Enflure de la cheville <input type="checkbox"/> Varices <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> Pression artérielle basse <input type="checkbox"/> Taux élevé de triglycérides <input type="checkbox"/> Taux de cholestérol élevé	<input type="checkbox"/> Urticaire <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> Zona <input type="checkbox"/> Changement de grains de beauté NEUROLOGIQUE <input type="checkbox"/> Faiblesse <input type="checkbox"/> Contractions musculaires <input type="checkbox"/> Tremblements <input type="checkbox"/> Troubles d'équilibre <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Migraine <input type="checkbox"/> Évanouissement <input type="checkbox"/> Vertige <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Épilepsie/Crises <input type="checkbox"/> Picotement/Engourdissement <input type="checkbox"/> Troubles psychiques <input type="checkbox"/> Fibromyalgie MUSCULO-SKELETTIQUE <input type="checkbox"/> Douleur au cou/Raideur <input type="checkbox"/> Douleur entre les épaules <input type="checkbox"/> Douleur au bas du dos <input type="checkbox"/> Douleur à l'épaule <input type="checkbox"/> Douleur au bras <input type="checkbox"/> Douleur au poignet <input type="checkbox"/> Douleur à la main <input type="checkbox"/> Syndrome du canal carpien <input type="checkbox"/> Douleur à la hanche <input type="checkbox"/> Douleur à la jambe <input type="checkbox"/> Douleur au genou <input type="checkbox"/> Douleur au pied <input type="checkbox"/> Enflure des articulations <input type="checkbox"/> Articulations douloureuses <input type="checkbox"/> Douleurs musculaires <input type="checkbox"/> Déviation de la colonne vertébrale <input type="checkbox"/> Arthrite
OREILLE, YEUX, NEZ, GORGE <input type="checkbox"/> Mauvaise vision <input type="checkbox"/> Douleur aux yeux <input type="checkbox"/> Glaucome <input type="checkbox"/> Difficulté à entendre <input type="checkbox"/> Saignement de nez <input type="checkbox"/> Problèmes de nez <input type="checkbox"/> Trouble de sinus <input type="checkbox"/> Otite (Problèmes d'oreille) <input type="checkbox"/> PTM	GÉNITO-URINAIRE <input type="checkbox"/> Urination fréquente <input type="checkbox"/> Urination douloureuse <input type="checkbox"/> Maladie du rein <input type="checkbox"/> Infection urinaire <input type="checkbox"/> Incapable de contrôler la vessie <input type="checkbox"/> Urine durant la nuit <input type="checkbox"/> Douleur au sein <input type="checkbox"/> Maladie vénérienne <input type="checkbox"/> Difficultés sexuelles <input type="checkbox"/> Infection de la vessie	FEMME SEULEMENT <input type="checkbox"/> Règles douloureuses <input type="checkbox"/> Écoulement excessif <input type="checkbox"/> Règles irrégulières <input type="checkbox"/> Grossesse difficile <input type="checkbox"/> Bouffées de chaleur
GASTRO-INTESTINAL <input type="checkbox"/> Manque d'appétit <input type="checkbox"/> Mauvaise digestion <input type="checkbox"/> Difficulté à avaler <input type="checkbox"/> Éructations <input type="checkbox"/> Gaz <input type="checkbox"/> Nausée fréquente <input type="checkbox"/> Vomissement <input type="checkbox"/> Douleur au-haut de l'abdomen <input type="checkbox"/> Ulcère <input type="checkbox"/> Problèmes de foie <input type="checkbox"/> Vésicule biliaire <input type="checkbox"/> Jaunisse <input type="checkbox"/> Hernie <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Hémorroïde	PEAU <input type="checkbox"/> Démangeaisons <input type="checkbox"/> Fait facilement des bleus <input type="checkbox"/> Acné	

CONSENTEMENT DU PATIENT

Je comprends que la Corréactologie[®] est une nouvelle approche en soins de santé qui est efficace et non invasive. Les praticiens de la Corréactologie[®] individualisent les plaintes des patients en abordant chaque cas comme étant une entité séparée et distincte et offrent une correction complète du corps sans recours à la force, aux médicaments, à la chirurgie ou à l'instrumentation. La Corréactologie[®] est une science naturelle, unique et distincte, car elle est axée sur la compréhension de la corrélation entre la douleur physique et le dysfonctionnement. Cette pratique de soins de santé alternatifs se spécialise dans la conception de techniques spécifiques centrées sur la promotion de l'autocorrection dans les systèmes humains.

Je comprends que le paiement sous la forme d'argent comptant, chèque, carte de débit ou de crédit, doit être payé lors de l'inscription avant chaque session avec le praticien de la Corréactologie[®].

Je comprends que le praticien de la Corréactologie[®] doit recueillir mes renseignements personnels, tels mon numéro de téléphone, mes coordonnées et les détails de ma santé, afin de me fournir les soins de santé en Corréactologie[®].

Je comprends que le centre de la Corréactologie[®] utilise un système de dossiers de santé électroniques, ce qui signifie que certains ou tous mes renseignements personnels sur la santé peuvent être transférés électroniquement et entreposés sur un serveur à distance, plutôt que d'être conservé sous forme de papier au centre de la Corréactologie[®].

J'ai lu la Politique de confidentialité du centre de la Corréactologie[®] ainsi que ce Formulaire de consentement du patient et je comprends comment mes renseignements personnels seront recueillis, utilisés, divulgués et protégés par le centre de la Corréactologie[®]. Je comprends également comment cette politique de confidentialité s'applique à moi. J'ai eu la chance de poser des questions au sujet de cette politique.

J'accepte que le centre de la Corréactologie[®] recueille, utilise et communique mes renseignements personnels tel qu'indiqué dans la politique de confidentialité du centre de la Corréactologie[®] ainsi que dans ce formulaire de consentement.

Je comprends et j'accepte que les soins de santé de la Corréactologie[®] soient sécuritaires et efficaces.

Nom du parent du patient mineur (Veuillez imprimer) _____

Signature du patient

Date

ANNULATION/FRAIS DE DÉFECTION

Le paiement doit être payé lors de l'inscription avant chaque session avec le praticien de la Corréactologie[®]. Afin de respecter les besoins de santé en Corréactologie[®] de la communauté, veuillez téléphoner le centre de la Corréactologie[®] rapidement si vous n'êtes pas en mesure de garder votre rendez-vous. Votre rendez-vous sera réattribué à une personne qui a un besoin urgent de soins. C'est ainsi que nous puissions mieux servir les besoins de la communauté. Les rendez-vous sont en grande demande, et votre avis donnera à un autre patient, la possibilité d'avoir accès à des soins en temps voulu.

S'il est nécessaire d'annuler et de reporter votre rendez-vous, nous vous demandons de téléphoner 24 heures à l'avance.

Des frais équivalents au prix du traitement seront exigés si ce préavis n'est fait pour nous avertir de votre absence. Je comprends et j'accepte la politique d'annulation/frais de défection du centre de la Corréactologie[®].

Signature _____

Imprimer votre nom _____

Nous vous remercions pour votre patience et votre coopération à remplir ce formulaire.