

Clinic Registration Form

Formulaire d'inscription à la clinique

Patient Information / Information du patient

Preferred Name / Nom choisi		Gender / Genre	Pronouns / Pronoms
Legal Name / Nom de naissance		Sex assigned at birth / Sexe attribué à la naissance Male Female Intersex	
Address / Adresse		City / Ville	
Province	Postal code / Code postal	D.O.B / D.D.N.	
Health Card / Carte de santé		Code	Telephone / Téléphone <input type="checkbox"/> Voicemail / Boite vocale
Email / Adresse courriel			
Permission to contact / Permission de contacter By Email / Par courriel		By phone call / Par telephone	No / Non By Text / Par texte

Primary Practitioner / Praticien principal

Name / Nom	
Telephone / Téléphone	Permission to contact / Permission de contacter <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non

Pharmacy / Pharmacie

Name / Nom	Address / Adresse
Telephone / Téléphone	Permission to contact / Permission de contacter <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non

Emergency Contact / Contact d'urgence

Name / Nom	Relationship / Relation
Telephone / Téléphone	Permission to contact / Permission de contacter <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non

Signature _____ Date: (YYYY / MM / DD)

Substitute Decision-Maker / Mandataire spécial _____

Witness / Témoin _____ Date: (YYYY / MM / DD)