Ontario

Ministry of Health

Primary Health Care New Patient Declaration

Do not mail this form to the ministry. This form must remain in the physician's office for audit purposes.

Please complete this form if you are a new patient of a primary care physician and have signed a Patient Enrolment and Consent to Release Personal Health Information form. If you are signing on behalf of a child or dependent adult, and have completed a Patient Enrolment and Consent to Release Personal Health Information form on their behalf, complete the applicable sections below.

Declaration

I am signing on behalf of *(check the applicable boxes)*

☐ myself *(complete sections A and C)*

☐ the children listed below of whom I am the parent or guardian *(complete sections B and C)*

☐ the dependent adult (s) listed below for whom I have a power of attorney for personal care *(complete sections B and C)*

I hereby declare that the patient(s) named below does/do not have a family physician due to one or more of the following circumstances: *(check applicable boxes)*

☐ The patient's family physician has moved to another community.

☐ The patient has moved to another community.

☐ The patient's physician is no longer available due to illness/death/retirement.

☐ The patient's physician is no longer available due to change of practice type.

☐ Up until now the patient has not had, or felt the need for a family physician.

Section A: Patient Information

First Name	Last Name	Health Number

Section B: Children and Dependent Adults

	First Name	Last Name	Health Number
1.			
2.			

For additional children / dependent adults, please complete another New Patient Declaration form.

Section C: Signature and Date

Signature	Date yyyy/mm/dd

Section D: Physician Signature and Date

I declare that the above patient is not presently a patient of mine or, to the best of my knowledge, of any other physician in the primary care group with which I am affiliated (if applicable). I also declare that no child listed (if any) is a newborn of any existing enrolled or non-enrolled patient of mine, or to the best of my knowledge, of any other physician in the primary care group with which I am affiliated (if applicable).

I agree to accept the above-noted patient(s) into my practice and to provide ongoing health care to the patient(s) from the date of this document. I will keep this document available on file in my primary office location and will provide copies to the Ministry of Health as required for verification purposes.

Physician Last Name *(print)*	First Name *(print)*

Physician Signature	Date yyyy/mm/dd

©King's Printer for Ontario, 2022

Ontario

Ministère de la Santé

Effacer

Soins de santé primaires Déclaration d'un nouveau patient

Ne pas envoyer cette formule au ministère par la poste. Elle doit être conservée au bureau du médecin aux fins de vérification.

Veuillez remplir cette formule si vous êtes un nouveau patient d'un médecin de soins primaires et que vous avez signé la formule intitulée *Inscription du patient et consentement à la divulgation de renseignements médicaux personnels*. Si vous signez au nom d'un enfant ou d'un adulte à charge et que vous avez rempli en leur nom la formule *Inscription du patient et consentement à la divulgation de renseignements médicaux personnels*, remplissez les sections pertinentes ci-dessous.

Déclaration

Je signe *(cochez les cases pertinentes)*

☐ en mon nom *(remplir les sections A et C)*

☐ au nom des enfants dont le nom figure ci-dessous et dont je suis le père, la mère, le tuteur ou la tutrice *(remplir les sections B et C)*

☐ au nom de l'adulte ou des adultes à ma charge dont le nom figure ci-dessous et dont je suis le mandataire pour les soins personnels *(remplir les sections B et C)*

Je déclare par la présente que le ou les patients nommés ci-dessous n'ont pas de médecin de famille pour l'une ou plusieurs des raisons suivantes : *(cochez les cases pertinentes)*

☐ Le médecin de famille du patient a déménagé dans une autre ville.

☐ Le patient a déménagé dans une autre ville.

☐ Le médecin du patient n'est plus disponible parce qu'il est malade/ décédé / à la retraite.

☐ Le médecin du patient n'est plus disponible parce qu'il a changé de type de pratique.

☐ Jusqu'à présent, le patient n'a pas eu de médecin de famille ou éprouvé le besoin d'en avoir un.

Section A : Renseignements sur le patient

Prénom	Nom de famille	Numéro de carte Santé

Section B : Adultes à charge et enfants

	Prénom	Nom de famille	Numéro de carte Santé
1.			
2.			

Pour inscrire d'autres adultes à charge/enfants, veuillez remplir une autre Déclaration d'un nouveau patient.

Section C : Signature et date

Signature	Date aaaa/mm/jj

Section D : Signature du médecin et date

Je déclare que le patient nommé ci-dessus n'est pas actuellement mon patient ni, pour autant que je sache, le patient d'un autre médecin du groupe de soins primaires auquel je suis affilié (le cas échéant). Je déclare également qu'aucun des enfants nommés (le cas échéant) n'est le nouveau-né de l'un de mes patients inscrits ou non inscrits ni, pour autant que je sache, le nouveau-né d'un patient d'un autre médecin du groupe de soins primaires auquel je suis affilié (le cas échéant).

Je consens à accepter le ou les patients susnommés parmi ma clientèle et à leur fournir des soins de santé continus à compter de la date du présent document. Je conserverai ce document dans les archives de mon bureau principal et, au besoin, j'en fournirai des copies au ministère de la Santé aux fins de v®rification.

Nom de famille du médecin *(en caractères d'imprimerie)*	Prénom du médecin *(en caractères d'imprimerie)*

Signature du médecin	Date aaaa/mm/jj

©Imprimeur de la Roi pour l'Ontario, 2022

Imprimer