

Demande d'évaluation médicale et consentement pour enfant d'âge mineur

Parents ou tuteur légal	Enfant
Nom du parent : _____	Prénom _____ Nom _____
Téléphone: _____	NAM _____ Exp. _____
	Poids _____ kg <input type="checkbox"/> lbs <input type="checkbox"/>

Par la présente j'autorise Jonquière-Médic à procéder à l'évaluation médicale de mon enfant et accepte que les conseils et recommandations thérapeutiques soient faits à la personne présente lors de l'évaluation. *

Signature du parent ou tuteur : _____

Votre enfant souffre-t-il d'allergies ? Oui Non
 Prise de médicaments : Oui Non
 Problèmes de santé connus nécessitant un suivi médical régulier : Oui Non

Nom du médecin de famille : _____

Expliquer toutes réponses positives

Raison de la présente consultation : _____

Votre enfant fait-il de la température ? Oui Non
 A-t-il reçu des antibiotiques ? Oui Non
 Si oui, Dites lequel et quand: _____

Histoire de la maladie actuelle (Quels sont les symptômes, depuis quand, donnez le plus de détails possible.) :

Merci de nous aider à bien évaluer l'état de santé de votre enfant afin de lui fournir le traitement nécessaire.

L'équipe de Jonquière-Médic

***: Au Québec, le code civil établit à 14 ans l'âge légal de consentement aux soins.**