Ontario **Ministry of Health**

Primary Health Care Unattached 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 were an in-hospital patient, previously without a family physician, have been discharged from hospital and you have been accepted into the practice 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
- ☐ The child listed below of whom I am the parent or guardian
- ☐ The dependent adult listed below for whom I have a power of attorney for personal care

I hereby declare that the patient named below does 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 family physician is no longer available due to illness/death/retirement.
- ☐ The patient's family 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.

Sections A to C to be completed by patient / parent / guardian

Section A: Patient Information

☐ patient is a child or dependent adult

First Name	Last Name	Health Number

Section B: Hospital Stay Information

Name of hospital	Discharge Date
	yyyy/mm/dd

Section C: Patient / Guardian Signature and Date

Signature	Date
	yyyy/mm/dd

Section D: Physician Signature and Date *(to be completed by physician)*

I declare that to the best of my knowledge the above patient is not a patient of mine nor of any other family physician.

I also declare that the newborn listed is one that was admitted to a Neonatal Intensive Care Unit (NICU) within the last three months and is not a newborn of any existing enrolled or non-enrolled patient of mine or of any other physician.

I declare that the patient was an acute care patient in hospital, previously without a family physician and I accepted the patient into my practice, by enrolling the patient with the *Patient Enrolment and Consent to Release Personal Health Information* form within three months of his/her discharge from an in-patient hospital visit.

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

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

Physician Signature	Date
	yyyy/mm/dd

©King's Printer for Ontario, 2022

4431–84 (2022/11)

Ontario **Ministère de la Santé**

Soins de santé primaires Déclaration du patient orphelin

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 malade hospitalisé et n'avez pas eu auparavant de médecin de famille, ou que vous êtes un malade sortant et recevez actuellement les soins d'un médecin de premier recours 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
- ☐ au nom des enfants dont le nom figure ci-dessous et dont je suis le père, la mère, le tuteur ou la tutrice
- ☐ 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

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 n'a pas considéré nécessaire d'en avoir un.

Les sections de A à C doivent être remplies par le patient / la mère ou le père / le tuteur ou la tutrice.

Section A : Renseignements sur le patient

☐ Le patient est un enfant ou un adulte à charge.

Prénom	Nom de famille	Numéro d'assurance santé

Section B : Renseignements sur l'hospitalisation

Name of hospital	Date de sortie
	aaaa/mm/jj

Section C : Signature du patient / tuteur ou tutrice et date

Signature	Date
	aaaa/mm/jj

Section D : Signature du médecin et date *(à remplir par le médecin)*

Je déclare que le patient nommé ci-dessus n'est pas mon patient ni, pour autant que je sache, le patient d'un autre médecin de famille.

Je déclare également que le nouveau-né nommé a été admis dans une unité néonatale des soins intensifs au cours des trois derniers mois et n'est le nouveau-né d'aucuns de mes patients, inscrits ou non inscrits, ou des patients d'un autre médecin.

Je déclare que le patient a été un malade hospitalisé qui présentait une affection aiguë, et qui n'avait pas eu de médecin de famille auparavant, et que je l'ai accepté comme mon patient et l'ai inscrit en lui faisant remplir, dans les trois mois suivant sa sortie de l'hôpital, la formule *Inscription du patient et consentement à la divulgation de renseignements médicaux personnels.*

Je consens à accepter le patient susnommé parmi mes patients et à lui donner des soins de santé primaires 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 vérification.

Nom de famille du médecin *(en lettres moulées)*	Prénom du médecin *(en lettres moulées)*

Signature du médecin	Date
	aaaa/mm/jj

©Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2022