

Veillez remplir ce formulaire pour faire une demande d'inscription au Centre de santé Constellation. Si vous avez des questions ou avez besoin d'aide pour remplir le formulaire, contactez-nous au 867-393-7119 ou à [constellation@yukon.ca](mailto:constellation@yukon.ca). Les renseignements que fournirez seront versés dans le portail de demande en ligne et seront étudiés en parallèle avec toutes les autres demandes reçues.

Pour vous inscrire, vous devez : • avoir un numéro valide du Régime d'assurance-santé du Yukon;  
 • avoir au moins 16 ans.

Les membres d'une même famille qui vivent à une même adresse et qui souhaitent que leurs demandes d'inscription soient liées peuvent l'indiquer ci-dessous. Chaque membre de la famille doit soumettre un formulaire dûment rempli pour que sa demande soit étudiée.

Renseignements personnels		
Prénom	Nom	
S'agit-il de votre nom légal? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non — Quel est votre nom légal? _____		
Quels pronoms utilisez-vous? (facultatif)	Date de naissance AAAA / MM / JJ	Avez-vous une carte d'assurance-santé du Yukon? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Numéro de carte d'assurance-santé du Yukon (numéro à neuf chiffres)		Code postal
De quelle façon préférez-vous que l'on communique avec vous? <input type="checkbox"/> Par téléphone <input type="checkbox"/> Par courriel		
Numéro de téléphone où vous joindre	Pouvons-nous laisser un message à ce numéro? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Courriel où vous joindre	Langue de communication <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Données démographiques		
Vous identifiez-vous à l'un des groupes suivants? <input type="checkbox"/> Première Nation du Yukon <input type="checkbox"/> Autre Première Nation, Métis ou Inuit <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre		
Situation médicale		
Avez-vous un médecin de famille? <input type="checkbox"/> Oui — Quel est son nom : _____ <input type="checkbox"/> Non — Où recevez-vous des soins de santé? _____		
Antécédents médicaux		
Nous voulons assurer l'accès aux services du Centre de santé à une diversité de familles et de personnes. Cochez tous les énoncés qui s'appliquent à votre situation.		
<input type="checkbox"/> J'ai reçu un diagnostic de cancer. <input type="checkbox"/> J'ai reçu un diagnostic confirmant le besoin de soins palliatifs. <input type="checkbox"/> J'ai reçu un diagnostic de maladie chronique (ex. MPOC, diabète, maladie cardiaque). <input type="checkbox"/> J'ai un handicap qui me limite dans mes activités quotidiennes. <input type="checkbox"/> J'ai un problème de santé mentale qui nuit à mes activités quotidiennes. <input type="checkbox"/> J'ai reçu un diagnostic de syndrome post-COVID-19. <input type="checkbox"/> Je consomme de l'alcool ou des substances psychoactives ou j'ai des antécédents de mésusage de l'alcool ou de substances psychoactives.		

Les renseignements personnels fournis dans le présent formulaire sont recueillis, utilisés et communiqués en conformité avec la *Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux* du Yukon et les autres lois applicables. Pour connaître la politique de Santé et Affaires sociales en matière de protection des renseignements personnels, consultez la page [yukon.ca/fr/protection-renseignements-medicaux](http://yukon.ca/fr/protection-renseignements-medicaux) ou écrivez à l'agent ou à l'agente de protection de la vie privée du ministère à [healthprivacy@yukon.ca](mailto:healthprivacy@yukon.ca)

### Antécédents médicaux (suite)

- J'ai besoin d'un suivi médical régulier en raison de mes problèmes de santé.  
 Aucun de ces énoncés.

### Autres membres de votre famille

Tous les membres d'une même famille résidant à la même adresse, comme les conjoints et les personnes à charge, peuvent demander que leurs demandes soient liées.

Voulez-vous lier votre demande à celle des autres membres de votre famille?

- Oui  Non

Nom des membres de la famille :

### Avant de continuer

Vous devez accepter les déclarations suivantes pour que votre demande soit étudiée :

- En présentant cette demande au Centre de santé Constellation, je consens à ce que le ministère de la Santé et des Affaires sociales recueille, utilise et communique mes renseignements médicaux personnels et ceux des membres de ma famille pour l'étude de ma demande.
- Je confirme que j'ai l'autorisation d'agir au nom des membres de ma famille et que j'ai obtenu leur consentement pour fournir leurs renseignements médicaux personnels dans cette demande.
- Je comprends que je peux retirer ou restreindre mon consentement à tout moment en écrivant à [constellation@yukon.ca](mailto:constellation@yukon.ca). Sans mon consentement, mes renseignements médicaux personnels ne peuvent être recueillis, utilisés ou communiqués que dans les limites imposées par la *Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux* du Yukon et ses règlements.

### Prochaines étapes

Une fois que vous nous aurez fait parvenir votre demande par la poste ou en personne, elle sera ajoutée aux autres demandes que nous avons reçues. Nous communiquerons avec vous dans les dix jours ouvrables pour vous informer de l'état d'avancement de votre demande. Vos renseignements seront conservés en lieu sûr en attendant qu'une place se libère.

Une équipe de professionnels examinera les demandes et établira un ordre de priorité. L'acceptation d'une demande et l'inscription d'une personne à la liste d'attente dépendent de divers facteurs et de la patientèle des prestataires de soins de santé primaires. Cette approche garantit une prise en charge équitable et équilibrée. Si votre demande n'est pas acceptée immédiatement, votre nom sera ajouté à la liste d'attente et nous communiquerons avec vous lorsqu'une place se libérera.

### Pour nous joindre

Courriel [constellation@yukon.ca](mailto:constellation@yukon.ca)  
Téléphone 867-393-7119.