

FORMULAIRE DE DEMANDES DE SOINS

COORDONNÉES

Nom de famille	<input type="text"/>	Age	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	Sexe	<input type="text"/>
Ville	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>
Province	<input type="text"/>	Portable	<input type="text"/>
Pays	<input type="text"/>	Télécopie	<input type="text"/>
Courriel	<input type="text"/>		

MOTIVATION DE LA DEMANDE

Recevoir un traitement à Cuba	<input type="radio"/>	Autres	<input type="text"/>
Obtenir une deuxième opinion médicale	<input type="radio"/>		
Bilan médical	<input type="radio"/>		
Suivi pour traitement déterminé	<input type="radio"/>		
Programmes de bien-être avec tourisme	<input type="radio"/>		

Antécédents médicaux familiaux

Examens médicaux préalables

Traitements reçus

JOINDRE DOCUMENTS MÉDICAUX

Examen 1	<input type="button" value="Choisir fichier"/>
Examen 2	<input type="button" value="Choisir fichier"/>
Examen 3	<input type="button" value="Choisir fichier"/>