



Téléphone : 1(855) 621-0073 | Courriel : support@kixcare.com

DEMANDE DE CONSULTATION VIRTUELLE PÉDIATRIQUE

INFORMATIONS SUR LE PATIENT

Nom:	_____	_____
	Nom de famille	Prénom
Date de Naissance:	_____	☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre
	JJ/MM/AAAA	
Adresse:	_____	_____
	Numéro de rue	Ville
	Nom de la rue	Code Postal
Téléphone:	_____	Courriel: _____
Carte Santé:	_____	_____
	Numéro de carte	Date d'expiration

RAISON DE LA DEMANDE:

PRIORITÉ	FAIBLE	MOYENNE
	HAUTE	URGENTE

PRATICIEN RÉFÉRANT

Nom: _____	Numéro de facturation du praticien: _____
Téléphone: _____	Fax: _____
Signature: _____	Date: _____

VEUILLEZ FAXER AU

1-888-251-4004

