



PATIENT REGISTRATION FORM

Verified By: _____

DATE REC/ENTERED: ____/____/____

STAFF INITIALS: _____

APPOINTMENT TYPE/STAFF USE ONLY ☐ MEDICAL ☐ DENTAL

☐ Riverside ☐ Safe Harbor ☐ Pearl Street ☐ South End ☐ Champlain Islands ☐ GoodHEALTH ☐ Winooski Family

PATIENT INFORMATION PLEASE COMPLETE (Fill out) entire form in Black or Blue Pen Only				
LAST NAME		FIRST NAME		MI
STREET ADDRESS		CITY	STATE	ZIP
SOCIAL SECURITY #	DATE OF BIRTH	HOME PHONE	DAY PHONE	CELL PHONE
EMAIL ADDRESS			PREFERRED CONTACT METHOD <input type="checkbox"/> PHONE <input type="checkbox"/> EMAIL <input type="checkbox"/> TEXT MESSAGE	
MARITAL STATUS <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Civil Union		RACE <input type="checkbox"/> African-American <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Asian-American <input type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> Caucasian/White <input type="checkbox"/> Multi-racial		Primary Language if Not English: _____ Do You Need Interpreter Services? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Ethnicity/Ethnic Origin: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic
Primary Care Physician		AGRICULTURAL WORKER <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Seasonal	Are You a U.S. Veteran? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	FAMILY FINANCIAL INFORMATION Family/Household Size: _____ Household Income: \$ _____ <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Annually <input type="checkbox"/> Biweekly <input type="checkbox"/> Refused <input type="checkbox"/> Monthly
LEGAL SEX <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	GENDER IDENTITY <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> TRANSGENDER MALE (Female-to-Male/FTM) <input type="checkbox"/> TRANSGENDER FEMALE (Male-to-Female/MTF) <input type="checkbox"/> GENDERQUEER <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/> CHOOSE NOT TO DISCLOSE		SEXUAL ORIENTATION <input type="checkbox"/> STRAIGHT or HETEROSEXUAL <input type="checkbox"/> LESBIAN, GAY or HOMOSEXUAL <input type="checkbox"/> BISEXUAL <input type="checkbox"/> SOMETHING ELSE <input type="checkbox"/> DON'T KNOW <input type="checkbox"/> CHOOSE NOT TO DISCLOSE	As a Health Center that receives Federal funding, we are required to collect this information. All answers are confidential.
CURRENT GENDER <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	HOUSING STATUS Are You Homeless? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If homeless, are you: <input type="checkbox"/> Doubling Up (living with others) <input type="checkbox"/> Shelter <input type="checkbox"/> Street <input type="checkbox"/> Transitional <input type="checkbox"/> Unknown			
PREFERRED PHARMACY				
PHARMACY NAME		PHARMACY LOCATION		
EMERGENCY CONTACT				
NAME		RELATIONSHIP	PHONE NUMBER	
RESPONSIBLE PARTY INFORMATION (Any patient under 18 must have a responsible party)				
<input type="checkbox"/> Patient (18 years or older) <input type="checkbox"/> Custodial Parent <input type="checkbox"/> Guardian (proof of legal status required for treatment)				
LAST NAME		FIRST NAME		MI
STREET ADDRESS		CITY	STATE	ZIP
DATE OF BIRTH		HOME PHONE		
DENTAL INSURANCE INFORMATION			MEDICAL INSURANCE INFORMATION	
<input type="checkbox"/> I currently have DENTAL insurance (see below) <input type="checkbox"/> I currently DO NOT have DENTAL insurance <input type="checkbox"/> I would like to apply for the SLIDING-FEE SCALE Dental Insurance Name: _____ Policy/ID Number: _____ <input type="checkbox"/> I currently have secondary DENTAL insurance (see below) Dental Insurance Name: _____ Policy/ID Number: _____			<input type="checkbox"/> I currently have MEDICAL insurance (see below) <input type="checkbox"/> I currently DO NOT have MEDICAL insurance <input type="checkbox"/> I would like to apply for the SLIDING-FEE SCALE Medical Insurance Name: _____ Policy/ID Number: _____ <input type="checkbox"/> I currently have secondary MEDICAL insurance (see below) Medical Insurance Name: _____ Policy/ID Number: _____	

نموذج تسجيل المريض



مدقق بواسطة:

تاريخ الاستقبال/الدخول: ____ / ____ / ____

حروف اسم الموظف: _____

نوع الموعد/الاستخدام الموظف فقط ☐ طبي ☐ أسنان

Winooski Family ☐ GoodHEALTH ☐ Champlain Islands ☐ South End ☐ Pearl Street ☐ Safe Harbor ☐ Riverside ☐

معلومات المريض يرجى تعبئة النموذج بالكامل بقلم حبر أزرق أو أسود فقط									
الاسم الأخير		الاسم الأول		حرف الأوسط					
العنوان		المدينة		الولاية		الرمز البريدي			
رقم الضمان الاجتماعي		تاريخ الميلاد		رقم الهاتف		هاتف النهار		الهاتف الخليوي	
عنوان البريد الإلكتروني		وسيلة الاتصال المفضلة		الهاتف <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> رسالة نصية <input type="checkbox"/>					
الحالة الاجتماعية		العرق		اللغة الأولى إن لم تكن الإنجليزية: _____		هل تحتاج إلى خدمات ترجمة شفوية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
<input type="checkbox"/> عازب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> ارتباط مدني		<input type="checkbox"/> أميركي أفريقي <input type="checkbox"/> أميركي أصلي <input type="checkbox"/> أميركي آسيوي <input type="checkbox"/> قوقازي/أبيض <input type="checkbox"/> جزر الباسيفيك <input type="checkbox"/> متعدد الأعراق		الإثنية/الأصل الإثني: _____		<input type="checkbox"/> أسباني <input type="checkbox"/> غير أسباني			
طبيب رعاية أولية		عامل زراعي		هل أنت محارب أميركي قديم؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		معلومات الأسرة المالية			
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى		<input type="checkbox"/> متنقل <input type="checkbox"/> موسمي		<input type="checkbox"/> التوجه الجنسي: <input type="checkbox"/> سوي أو متباين الجنس <input type="checkbox"/> مثلي الجنس <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس <input type="checkbox"/> شيء آخر <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> أختار عدم الإفصاح		حجم الأسرة/المنزل: _____ دخل المنزل: \$ _____ <input type="checkbox"/> سنوياً <input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> رفض الإجابة <input type="checkbox"/> شهرياً			
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى		<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر متحول جنسياً (ذكر إلى أنثى) <input type="checkbox"/> أنثى متحولة جنسياً (أنثى إلى ذكر) <input type="checkbox"/> حر الجنس <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> أختار عدم الإفصاح		<input type="checkbox"/> كمرکز صحي يتلقى تمويلاً فيدرالياً، فإننا مطالبون بجمع هذه المعلومات. جميع الإجابات سرية.					
حالة السكن		هل أنت مشرد؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		إذا كنت مشرداً، فهل أنت: <input type="checkbox"/> تعيش مع آخرين <input type="checkbox"/> في ملجأ <input type="checkbox"/> في الشارع <input type="checkbox"/> متنقل <input type="checkbox"/> غير معروف					
الصيدلية المفضلة اسم الصيدلية _____ موقع الصيدلية _____									
جهة اتصال الطوارئ الاسم _____ صلة القرابة _____ رقم الهاتف _____									
معلومات الطرف المسؤول (لا بد أن يكون لأي مريض دون 18 عاماً من العمر طرف مسؤول عنه) <input type="checkbox"/> المريض (18 عاماً أو أكثر) <input type="checkbox"/> ولي أمر وصي <input type="checkbox"/> وصي (بإثبات الحالة القانونية مطلوب للعلاج)									
الاسم الأخير		الاسم الأول		حرف الأوسط					
العنوان		المدينة		الولاية		الرمز البريدي			
تاريخ الميلاد		رقم الهاتف							
معلومات تأمين الأسنان					معلومات التأمين الطبي				
<input type="checkbox"/> لدي تأمين أسنان حالياً (انظر أدناه) <input type="checkbox"/> ليس لدي تأمين أسنان حالياً <input type="checkbox"/> أود التقدم بطلب لخصم التسعير بناءً على القدرة المالية اسم التأمين: _____ رقم البوليصه/الهوية: _____					<input type="checkbox"/> لدي تأمين طبي حالياً (انظر أدناه) <input type="checkbox"/> ليس لدي تأمين طبي حالياً <input type="checkbox"/> أود التقدم بطلب لخصم التسعير بناءً على القدرة المالية اسم التأمين: _____ رقم البوليصه/الهوية: _____				
<input type="checkbox"/> لدي تأمين أسنان ثانوي حالياً (انظر أدناه) اسم التأمين: _____ رقم البوليصه/الهوية: _____					<input type="checkbox"/> لدي تأمين طبي ثانوي حالياً (انظر أدناه) اسم التأمين: _____ رقم البوليصه/الهوية: _____				



Consent for Treatment and Consent to Release Health Information

for Treatment, Payment and Health Care Operations

I. Consent for treatment:

I hereby give my consent for treatment for myself, or the named patient (of whom I am the parent or legal guardian who has the right to consent to treatment for the named patient) to the Community Health Centers of Burlington, Inc. (CHCB). Treatment may include health screening, diagnosis, medical treatment, dental care, social services, mental health or drug and alcohol screening, assessment, diagnosis and treatment, and psychiatry services.

II. Consent to release of health information, including health/treatment records for treatment, payment and health care operations:

I consent to the use within CHCB and the disclosure to persons or organizations outside of CHCB of my (or of the named patient for whom I am the parent or legal guardian) medical, dental, drug and alcohol, mental health, psychiatry and other treatment and health records ("health information") by CHCB for the following purposes:

A. Use of health information by or for CHCB for treatment, payment, and health care operations:

- Providing treatment by CHCB staff;
- Conducting health care operations of CHCB including financial or quality assurance audits and/ or training.
- Payment for services provided by CHCB. CHCB is authorized to obtain payment for health care services and can provide health information to insurance companies, workers compensation insurers or other agencies that pay for health services, as identified in my CHCB registration form or other updated insurance information on file with CHCB.

B. Disclosure of health information to persons or organizations outside of CHCB for treatment purposes:

CHCB is authorized to provide all necessary health information as determined by CHCB, including information about treatment for substance use disorders to any of the following health providers if I am referred there for medical treatment:

- **Hospitals:** University of Vermont Medical Center (UVMHC), Copley Hospital, Porter Hospital, Northwestern Medical Center, Central Vermont Medical Center (CVCA), Dartmouth Hitchcock Medical Center (DHMC)
- **Allergy:** Timberlane Allergy & Asthma Associates
- **Audiology:** Adirondack Audiology Associates
- **Cardiology:** CVCA, Central VT Cardiology, NWHC Cardio, DHMC Cardiology
- **Dermatology:** Dorset St. Dermatology, Four Seasons Dermatology
- **Gastroenterology:** VT Gastroenterology, Northwestern Medical Center
- **Home Health:** Bayada Home Health, UVMHC Home Health & Hospice
- **Neurology:** DHMC Neurology, Neurological Associates of Burlington
- **OB/GYN:** Lake Champlain Gynecology, Maitri, VT Gynecology
- **Ortho:** NWHC Ortho, Mansfield Ortho
- **Oximetry:** Lincare
- **Pain Clinic:** VT Interventional Spine Center, VT Pain Management, UVMHC Pain Management
- **Radiology:** CVMC Radiology, NWHC, Porter, Copley and VT Open MRI
- **Sleep Study:** VT Medical Sleep Disorder, UVMHC Sleep Program
- **Urology:** DHMC Urology, Green Mountain Urology
- **Veterans** Veterans Administration Programs and Facilities
- **Physical Therapy:(PT)** PT 360, All Wellness PT, Appletree Bay, Catamount PT, Champlain PT, Choice PT, Cornerstone PT, DEE PT, Edge PT, Elite Health &

موافقة على العلاج وموافقة على الإفصاح عن معلومات صحية للعلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية

I. الموافقة على العلاج:

أنا أمانح بموجب هذا موافقتي على علاج نفسي أو المريض المذكور (والذي أنا ولي أمره أو وصيه القانوني الذي لديه الحق بالموافقة على علاج المريض المذكور) إلى شركة مراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHCB). يمكن أن يشمل العلاج الفحص الصحي والتشخيص والعلاج الطبي ورعاية الأسنان؛ والخدمات الاجتماعية، أو الفحص والتقييم والتشخيص والعلاج للصحة النفسية والمخدرات والكحول.

II. الموافقة على الإفصاح عن معلومات صحية، بما فيها السجلات الصحية وسجلات العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية:

أنا أوافق على الاستخدام ضمن CHCB وعلى الإفصاح إلى أشخاص أو منظمات خارج CHCB عن السجلات الطبية وسجلات الأسنان والمخدرات والكحول والحة الذهنية والسجلات النفسية وسجلات العلاج والسجلات الصحية الأخرى الخاصة بي (أو بالمريض المذكور الذي أنا ولي أمره أو وصيه القانوني) ("المعلومات الصحية") بواسطة CHCB لأغراض التالية:

A. استخدام المعلومات الصحية بواسطة CHCB أو لها للعلاج وعمليات الرعاية الصحية:

- توفير العلاج بواسطة طاقم CHCB
- القيام بعمليات الرعاية الصحية من CHCB، بما فيها التدقيقات والتدريب المالي أو ضمان الجودة.
- الدفع مقابل الخدمات التي تقدمها CHCB. تمتلك CHCB الإذن بالحصول على الدفعات مقابل خدمات الرعاية الصحية، ويمكنها تقديم المعلومات الصحية إلى شركات التأمين ومؤمنتي تعويضات العمل أو الوكالات الأخرى التي تدفع مقابل الخدمات الصحية، وذلك حسب ما هو محدد في سجل تسجيلي لدى CHCB أو معلومات التأمين المحدثة الأخرى في سجل CHCB.

B. الإفصاح عن المعلومات الصحية للأشخاص خارج CHCB لأغراض العلاج:

تمتلك CHCB الإذن بتوفير كل المعلومات الصحية اللازمة كما حددتها CHCB، بما فيها المعلومات حول العلاج من اضطرابات استخدام المواد، إلى أي من مزودي الصحة التاليين إذا تمت إحالتي إليهم للعلاج الطبي:

- المستشفيات: المركز الطبي لجامعة فيرمونت (UVMHC)، مستشفى كوبلي، مستشفى بورتير، مركز نورث ويسترن الطبي، مركز سنترال فيرمونت الطبي (CVCA)، مركز دارتموث هيتشوك الطبي (DHMC)
- الحساسية: مركز تيمبرلين للحساسية والربو
- السمعيات: مركز أديرونذاك للسمعيات
- أمراض القلب: CVCA، سنترال فيرمونت للقلب، NWMC للقلب، DHMC للقلب
- الأمراض الجلدية: دورسيت سانت للأمراض الجلدية، فورسيزونز للأمراض الجلدية
- أمراض الجهاز الهضمي: فيرمونت للجهاز الهضمي، مركز نورث ويسترن الطبي
- الصحة المنزلية: بايادا للصحة المنزلية، UVMHC للصحة المنزلية ورعاية المسنين
- طب الأعصاب: DHMC للأعصاب، مركز برلنغتون لطب الأعصاب
- النساء والتوليد: ليك تشاميلين للأمراض النساء، مايتيري، فيرمونت للأمراض النساء
- العظام: NWMC للعظام، مانزفيلد للعظام
- التأكسج: لينكير
- عيادة الألم: مركز فيرمونت للتدخل للعمود الفقري، فيرمونت لإدارة الألم، UVMHC لإدارة الألم
- الأشعة: CVMC للأشعة، NWMC، بورتير، جهاز تصوير الرنين المغناطيسي المفتوح في كوبلي وفيرمونت
- دراسات النوم: فيرمونت لاضطرابات النوم الطبية، برنامج النوم في UVMHC
- الجهاز البولي: DHMC للأمراض الجهاز البولي، غرين ماونتن للأمراض الجهاز البولي
- المحاربون القدامى: برامج ومرفقات دائرة المحاربين القدامى
- العلاج الطبيعي: PT 360، أول ويلنيس للعلاج الطبيعي، أبلتري باي، كاتاماونت للعلاج الطبيعي، تشامبلين للعلاج الطبيعي، تشويس للعلاج الطبيعي، كورنستون للعلاج الطبيعي، دي إي إي للعلاج الطبيعي، إدج للعلاج الطبيعي، إيليت هيلث آند ويلنيس، إيسيكس للعلاج الطبيعي، إيفري وومان، إيفوليوشن للعلاج الطبيعي واليوجا، إكسل للعلاج الطبيعي، فيرفاكس للعلاج الطبيعي، فوريفر فيت، جينييس للعلاج الطبيعي، غرين ماونتن للعلاج الطبيعي والإصابات وحلول الإدارة الصحية، إنسباير للعلاج الطبيعي، أيلاند للعلاج الطبيعي، مركز ليفينغ ويل للصحة الشاملة، لونغ تريل للعلاج الطبيعي، أون تراك للعلاج الطبيعي، بيبك للعلاج الطبيعي، بيلفيك هيلث، فينيكس للعلاج الطبيعي، بيناكل للعلاج الطبيعي، جيم إعادة التأهيل، ترانزيشن للعلاج الطبيعي، تيمبرلاين للعلاج الطبيعي، فيستا للعلاج الطبيعي، وفيرمونت للعلاج الطبيعي.

- تمتلك CHCB الإذن لتوفير كل المعلومات الصحية إلى المزودين الصحيين الآخرين أو الوكالات الصحية الأخرى غير المدرجين أعلاه ممن قد يكونون مشاركين في رعايتي (باستثناء المعلومات المتعلقة بالعلاج من إدمان المخدرات أو الكحول والتي ينبغي الحصول على موافقة منفصلة لها)

Wellness, Essex PT, Every Woman, Evolution Therapy & Yoga, Excel PT, Fairfax PT, Forever Fit, Genesis PT, Green Mtn. PT, Injury & Health Management Solutions, Inspire PT, Island PT, Living Well Center for Integrated Health, Long Trail PT, On Track PT, Peak PT, Pelvic Health, Phoenix PT, Pinnacle PT, Rehab Gym, Transitions PT, Timberlane PT, Vasta PT, and Vermont PT.

- CHCB is authorized to provide all health information to other health providers or agencies not listed who may be involved in my care (except for information concerning treatment for drug or alcohol abuse for which a separate consent is required);

III. Termination and restrictions of this consent:

I understand that I have the right to revoke this consent at any time, but revoking this consent will not affect any actions which were taken by CHCB in reliance on this consent before I revoked it. If not previously revoked, this consent will terminate on the following date, event, or condition: _____ if none is indicated, this consent will terminate three years after the last date of services to me.

I understand that I may request restrictions on the use or disclosure of my health information for the purposes described in this consent and that CHCB may or may not agree to requested the restrictions. I also understand that except for those restrictions on use or disclosure of health information to which it agrees, CHCB will not be able to provide services to me (or the named patient) without this signed consent.

IV. Assignment of Benefits

I hereby assign to CHCB any and all payments to which I am entitled under Medicaid, Medicare, or any health insurance policy for health care, behavioral health, psychiatry or dental health services rendered to me by CHCB. I further authorize CHCB to bill and receive payment directly from Medicaid /Medicare or my insurance carrier(s) for those services that CHCB delivered and for which I may be entitled to insurance coverage. I also authorize CHCB

to give Medicaid / Medicare or my health insurance carrier(s) any information necessary for billing purposes for services provided for such periods of time as I have received or am receiving health screening, diagnosis, medical treatment, dental care, social services, mental health or drug and alcohol screening, assessment, diagnosis and treatment, and psychiatry services.

I understand and acknowledge that I am financially responsible for any unpaid balances incurred as a result of my care at CHCB.

I understand that, to the best of my knowledge, the demographic information I have provided is true and correct.

I hereby acknowledge that I have been offered a copy of CHCB's Payment Expectations document and understand and agree to adhere to these expectations.

I hereby acknowledge that I have been offered a copy of the Notice of Privacy Practices and understand CHCB will use my protected health information in accordance with privacy law.

I understand that the Community Health Centers of Burlington, Inc. may use any e-mail address or mobile phone number provided to contact me for appointment reminders or other announcements. I understand that e-mail addresses and mobile phone numbers will not be sold to a third party or used for marketing purposes.

I have read this Consent for Treatment & Consent to Release of Health Information, and I understand and knowingly consent to its content.

Name of Patient: _____ Date of Birth _____

Patient Signature: _____ Date: _____

Parent/Guardian: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

REQUIRED

III. إنهاء وقيود هذه الموافقة:

أنا أفهم أن لدي الحق في إبطال هذه الموافقة في أي وقت، إلا أن إبطال هذه الموافقة لن يؤثر على أي خطوات اتخذتها CHCB بناءً على هذه الموافقة قبل إبطالي لها. إذا لم يتم إبطالها مسبقاً، فستنتهي صلاحية هذه الموافقة في التاريخ أو الحدث أو الحالة التالية: _____ إذا لم تتم الإشارة إلى أي من ذلك، فستنتهي هذه الموافقة بعد ثلاثة سنوات من تاريخ آخر خدمات مقدمة لي.

أنا أفهم أنني يمكن أن أطلب قيوداً على استخدام معلوماتي الصحية أو الإفصاح عنها للأغراض الموضحة في هذه الموافقة وأن مراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHCB) يمكن أن توافق أو لا توافق على القيود المطلوبة. كما أنني أفهم أنه باستثناء تلك القيود على استخدام المعلومات الصحية أو الإفصاح عنها التي توافق عليها، فإن مراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHCB) لن تستطيع توفير الخدمات لي (أو للمريض المذكور) دون هذه الموافقة الموقعة.

IV. تعيين المنافع

أنا أعين بموجب هذا إلى مراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHCB) أي وكل الدفعات المستحقة لي طبقاً لتغطية Medicaid أو Medicare أو أي بوليصة تأمين صحية لخدمات الرعاية الصحية أو الصحة السلوكية أو الصحة النفسية أو صحة الأسنان المقدمة إلي من قبل مراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHCB).

كما أنني أسمح لمراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHCB) بتقديم الفاتورة وتلقي الدفع مباشرة من Medicaid / Medicare أو من جهات تأميني لتلك الخدمات التي قدمتها مراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHCB) والتي يمكن أن تكون مستحقة لي طبقاً للتغطية التأمينية. وأسمح أيضاً لمراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHCB) بإعطاء Medicaid / Medicare أو جهات تأميني الصحي أي معلومات لازمة لأغراض الفواتير مقابل الخدمة المقدمة لتلك الفترات الزمنية كما قد تلقيت أو أتلقى الفرز الصحي أو التشخيص أو العلاج الطبي أو رعاية الأسنان أو الخدمات الاجتماعية أو الصحة الذهنية أو تشخيص العقاقير والكحول وتقييمها وتشخيصها وعلاجها وخدمات الصحة النفسية.

أنا أفهم وأدرك أنني مسؤول مالياً عن أي مبالغ غير مدفوعة تستحق نتيجة رعايتي في مراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHCB).

أنا أفهم أن المعلومات الديموغرافية التي وفرتها حقيقية وصحيحة على أفضل علمي.

أنا أقر بموجب هذا أنني قد قدمت لي نسخة عن وثيقة توقعات الدفع لمراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHCB) وأفهم وأوافق على الالتزام بهذه التوقعات.

أنا أقر بموجب هذا أنه قد عُرضت علي نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية وأنا أفهم كيف يمكن أو لا يمكن لمراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHCB) استخدام معلوماتي الصحية المحمية طبقاً لقانون الخصوصية.

أنا أفهم أن شركة مراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون يمكن أن تستخدم عنوان بريدي الإلكتروني أو رقم هاتفي المحمول المزود للاتصال بي لتذكيرات المواعيد أو الإشعارات الأخرى. أنا أفهم أنه لن يتم بيع عناوين البريد الإلكتروني وأرقام الهواتف المحمولة إلى طرف ثالث أو استخدامها لأغراض التسويق.

لقد قرأت هذه الموافقة على العلاج والموافقة على الإفصاح عن المعلومات الصحية وأنا أفهم وأوافق على محتواها عن دراية.

اسم المريض:	_____	تاريخ الميلاد:	_____
توقيع المريض:	_____	التاريخ:	_____
ولي الأمر/الوصي:	_____		
توقيع المريض:	_____	التاريخ:	_____

مطلوب