



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			CURRENT GENDER <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.		
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)

Patient (18 years or older) Custodial Parent 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
-------------------------------------	--------------------------------------

<p><input type="checkbox"/> I currently have DENTAL insurance (see below)</p> <p><input type="checkbox"/> I currently DO NOT have DENTAL insurance</p> <p><input type="checkbox"/> I would like to apply for the SLIDING-FEE SCALE</p> <p>Dental Insurance Name: _____</p> <p>Policy/ID Number: _____</p> <p><input type="checkbox"/> I currently have secondary DENTAL insurance (see below)</p> <p>Dental Insurance Name: _____</p> <p>Policy/ID Number: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> I currently have MEDICAL insurance (see below)</p> <p><input type="checkbox"/> I currently DO NOT have MEDICAL insurance</p> <p><input type="checkbox"/> I would like to apply for the SLIDING-FEE SCALE</p> <p>Medical Insurance Name: _____</p> <p>Policy/ID Number: _____</p> <p><input type="checkbox"/> I currently have secondary MEDICAL insurance (see below)</p> <p>Medical Insurance Name: _____</p> <p>Policy/ID Number: _____</p>
--	---

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		الرمو البريدي	
رقم الضمان الاجتماعي		تاريخ الميلاد		رقم الهاتف	
عنوان البريد الإلكتروني		وسيلة الاتصال المفضلة		هاتف النهار	
الحالة الاجتماعية		العرق		اللغة الأولى إن لم تكن الإنجليزية:	
<input type="checkbox"/> عزاب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق		<input type="checkbox"/> أميركي أفريقي <input type="checkbox"/> أميركي آسيوي <input type="checkbox"/> قوقازي/أبيض		هل تحتاج إلى خدمات ترجمة شفوية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
طبيب رعاية أولية		عامل زراعي		الإثنية/الأصل الإثني:	
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى		<input type="checkbox"/> متنقل <input type="checkbox"/> موسمي		<input type="checkbox"/> أسباني <input type="checkbox"/> غير أسباني	
الجنس القانوني		الهوية الجنسية		معلومات الأسرة المالية	
<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)		هل أنت محارب أميركي قديم؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
الجنس الحالي		حر الجنس		حجم الأسرة/المنزل:	
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى		<input type="checkbox"/> حر الجنس <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> أختار عدم الإفصاح		دخل المنزل: \$ _____ <input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> سنوياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> رفض الإجابة <input type="checkbox"/> شهرياً	
حالة السكن		هل أنت مشرد؟		مركز صحي يتلقى تمويلًا فيدراليًا، فإننا مطالبون بجمع هذه المعلومات. جميع الإجابات سرية.	
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> إذا كنت مشردًا، فيل أنت:		<input type="checkbox"/> في ملجأ <input type="checkbox"/> في الشارع <input type="checkbox"/> متنقل <input type="checkbox"/> غير معروف			

المصيدية المفضلة

اسم الصيدلية	موقع الصيدلية
--------------	---------------

جهة اتصال الطوارئ

الاسم	صلة القرابة	رقم الهاتف
-------	-------------	------------

معلومات الطرف المسؤول (لا بد أن يكون لاي مريض دون 18 عامًا من العمر طرف مسؤول عنه)

<input type="checkbox"/> المريض (18 عامًا 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

لدي تأمين أسنان حاليًا (انظر أدناه)	ليس لدي تأمين أسنان حاليًا
-------------------------------------	----------------------------

أود التقدم بطلب لخصم التسعير بناءً على القدرة المالية	اسم التأمين الطبي:
---	--------------------

رقم البوليصة/الهوية:	رقم البوليصة/الهوية:
----------------------	----------------------

لدي تأمين أسنان ثانوي حاليًا (انظر أدناه)	اسم التأمين الطبي:
---	--------------------

رقم البوليصة/الهوية:	رقم البوليصة/الهوية:
----------------------	----------------------

لدي تأمين طبي حاليًا (انظر أدناه)	اسم التأمين الطبي:
-----------------------------------	--------------------

رقم البوليصة/الهوية:	رقم البوليصة/الهوية:
----------------------	----------------------

لدي تأمين طبي ثانوي حاليًا (انظر أدناه)	اسم التأمين الطبي:
---	--------------------

رقم البوليصة/الهوية:	رقم البوليصة/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 (UVMC), 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, NWMC Cardio, DHMC Cardiology
- **Dermatology:** Dorset St. Dermatology, Four Seasons Dermatology
- **Gastroenterology:** VT Gastroenterology, Northwestern Medical Center
- **Home Health:** Bayada Home Health, UVMC Home Health & Hospice
- **Neurology:** DHMC Neurology, Neurological Associates of Burlington
- **OB/GYN:** Lake Champlain Gynecology, Maitri, VT Gynecology
- **Ortho:** NWMC Ortho, Mansfield Ortho
- **Oximetry:** Lincare
- **Pain Clinic:** VT Interventional Spine Center, VT Pain Management, UVMC Pain Management
- **Radiology:** CVMC Radiology, NWMC, Porter, Copley and VT Open MRI
- **Sleep Study:** VT Medical Sleep Disorder, UVMC 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 للحلاج 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 العالجة والسجلات الصحية الأخرى الخاصة بي (أو بالمريض المذكور الذي أنا ولي أمره أو وصيه القانوني) ("المعلومات الصحية") بواسطة CHCB للأغراض 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 تسجلي 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 كوبي، مستشفى بورت، 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، مانز فيلد للعظام
- التأكسج: لينكير
- عيادة الألم: مركز فيرمونت التدخل للعمود الفقري، فيرمونت لإدارة الألم، UVMHC لإدارة الألم
- الأشعة: CVMC للأشعة، NWMC، بورت، جهاز تصوير الرنين المغناطيسي المفتوح في كوبي وفيرمونت
- دراسات النوم: فيرمونت لاضطرابات النوم الطبية، برنامج النوم في UVMHC
- الجهاز البولي: DHMC للأمراض الجهاز البولي، غرين ماونت للأمراض الجهاز البولي
- المحاربون القدامى: برامج ومرافقات دائرة المحاربين القدامى
- العلاج الطبيعي: PT 360، أول ويلنيس للعلاج الطبيعي، أبلتري باي، كاتاماونت للعلاج الطبيعي، تشامبلين للعلاج الطبيعي، تشويس للعلاج الطبيعي، كورنرستون 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 ماونت 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، بيك 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 إلي 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 أعيّن 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 تلتقيت 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 ماليًا 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 وأني 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