community health centers OF BURLINGTON

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 ☐ PHONE ☐ EMAIL ☐ TEXT MESSAGE

MARITAL STATUS
☐ Single ☐ Separated
☐ Married ☐ Widowed
☐ Divorced ☐ Civil Union

RACE
☐ African-American ☐ Native American
☐ Asian-American ☐ Pacific Islander
☐ Caucasian/White ☐ Multi-racial

Primary Language if Not English: ________________________________

Do You Need Interpreter Services? ☐ YES ☐ NO

Ethnicity/Ethnic Origin: ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic

Primary Care Physician

AGRICULTURAL WORKER ☐ Migrant ☐ Seasonal

Are You a U.S. Veteran? ☐ Yes ☐ No

FAMILY FINANCIAL INFORMATION

Family/Household Size: _____________

Household Income: $ _____________

☐ Weekly ☐ Annually
☐ Biweekly ☐ Refused
☐ Monthly

As a Health Center that receives Federal funding, we are required to collect this information. All answers are confidential.

LEGAL SEX
☐ MALE
☐ FEMALE

CURRENT GENDER
☐ MALE
☐ FEMALE

GENDER IDENTITY
☐ MALE
☐ FEMALE
☐ TRANSGENDER MALE (Female-to-Male/FTM)
☐ TRANSGENDER FEMALE (Male-to-Female/MTF)
☐ GENDERQUEER
☐ OTHER
☐ CHOOSE NOT TO DISCLOSE

SEXUAL ORIENTATION
☐ STRAIGHT or HETEROSEXUAL
☐ LESBIAN, GAY or HOMOSEXUAL
☐ BISEXUAL
☐ SOMETHING ELSE
☐ DON'T KNOW
☐ CHOOSE NOT TO DISCLOSE

HOUSING STATUS Are You Homeless? ☐ YES ☐ NO

If homeless, are you: ☐ Doubling Up (living with others) ☐ Shelter ☐ Street ☐ Transitional ☐ 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

☐ **I currently have DENTAL insurance (see below)**

☐ **I currently DO NOT have DENTAL insurance**

☐ **I would like to apply for the SLIDING-FEE SCALE**

Dental Insurance Name: ________________________________

Policy/ID Number: ________________________________

☐ **I currently have secondary DENTAL insurance (see below)**

Dental Insurance Name: ________________________________

Policy/ID Number: ________________________________

MEDICAL INSURANCE INFORMATION

☐ **I currently have MEDICAL insurance (see below)**

☐ **I currently DO NOT have MEDICAL insurance**

☐ **I would like to apply for the SLIDING-FEE SCALE**

Medical Insurance Name: ________________________________

Policy/ID Number: ________________________________

☐ **I currently have secondary MEDICAL insurance (see below)**

Medical Insurance Name: ________________________________

Policy/ID Number: ________________________________

community health centers
OF BURLINGTON

လူနာစာရင်းသွင်းခြင်းဖောင်

အတည်ပြုသူ-

မှတ်တမ်းတင်/ ထည့်သွင်း နေ့စွဲ- __ / __/___

ဝန်ထမ်းအမည်- ____________________

ချိန်းဆိုမှု အမျိုးအစားများ/ ဝန်ထမ်းမှ ဖြည့်စွက်ရန်သာ ☐ ဆေးကုသမှု ☐ သွားကျန်းမာရေး

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

လူနာသတင်းအချက်အလက် *ကျေးဇူးပြု၍ ပြည့်စုံအောင် (ဖြည့်စွက်ပါ) ဖောင်တစ်ခုလုံးကို ဘောပင်အနက် သို့မဟုတ် အပြာသာ အသုံးပြုပါ။*

နောက်ဆုံးစာလုံး | ပထမစာလုံး | အလယ်

အိမ်လိပ်စာ | မြို့ | ပြည်နယ် | ဒေသကုဒ်

လူမှုဖူလုံရေး # | မွေးနေ့ | အိမ်ဖုန်း | နေ့ဘက်ဖုန်း | ဆဲလ်ဖုန်း

အီးမေးလ်

နှစ်သက်သော ဆက်သွယ်ပုံ: ☐ ဖုန်း ☐ အီးမေးလ် ☐ ဖုန်းစာတို

အိမ်ထောင်
☐ လူလွတ် ☐ သီးသန့်ခွဲနေ
☐ အိမ်ထောင်ရှိ ☐ တစ်ခုလပ်
☐ ကွာရှင်း ☐ လိင်တူလက်ထပ်

လူမျိုး
☐ အာဖရိကန်-အမေရိကန် ☐ မူရင်း အမေရိကန်
☐ အာရှ-အမေရိကန် ☐ ပီစီဖိတ်ကျွန်းသား
☐ ကော့ကေးရှန်း/လူဖြူ ☐ လူမျိုးစုံ

အင်္ဂလိပ်မဟုတ်ပါက အဓိကပြောသော ဘာသာစကား- ____________________

ဘာသာပြန်ဝန်ဆောင်မှုလိုအပ်ပါသလား။ ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်

လူမျိုးစု/ ဇာတိ မျိုးနွယ်- ☐ ဟစ်(စ်)ပန်းနစ် ☐ ဟစ်(စ်)ပန်းနစ် မဟုတ်သူ

အထူးကြပ်မတ်စောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ သမားတော်

စိုက်ပျိုးရေးလုပ်သား
☐ ရွှေ့ပြောင်း ☐ ရာသီလိုက်

သင်သည် U.S. စစ်မှုထမ်းဟောင်း
☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်

မိသားစုငွေကြေးအချက်အလက်

မိသားစု/အိမ်ထောင်စု အရွယ်အစား- __________

အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေ- $ ____________________

☐ အပတ်စဉ် ☐ နှစ်စဉ်
☐ ၂ ပတ်တစ်ကြိမ် ☐ ငြိမ်းဆန်
☐ လစဉ်

ပြည်ထောင်စုထောက်ပံ့ငွေကိုလက်ခံရရှိသော ကျန်းမာရေးစင်တာတစ်ခုအနေနှင့် ထိုသတင်းအချက်အလက်ကိုစုဆောင်းရန်လိုအပ်ပါသည်။ အဖြေများအားလုံးကို လျှို့ဝှက်ထားအပ်ပါသည်။

တရားဝင်လိင်အမျိုးအစား
☐ အမျိုးသား
☐ အမျိုးသမီး

လက်ရှိ လိင်အမျိုးအစား
☐ အမျိုးသား
☐ အမျိုးသမီး

လိင်သတ်မှတ်ချက်
☐ အမျိုးသား
☐ အမျိုးသမီး
☐ လိင်ပြောင်းလဲထားသော အမျိုးသား (အမျိုးသမီးမှ အမျိုးသားသို့/FTM)
☐ လိင်ပြောင်းလဲထားသော အမျိုးသမီး (အမျိုးသားမှ အမျိုးသမီးသို့/MTF)
☐ အမျိုးသမီးကဲ့သို့ဝတ်စားနေထိုင်သော အမျိုးသား
☐ အခြား
☐ မဖြေဆိုလိုပါ

လိင်တိမ်းညွှတ်မှု
☐ လိင်ကွဲနှစ်သက်သူ သို့မဟုတ် ဆန့်ကျင်ဘက်လိင်နှစ်သက်သူ
☐ အမျိုးသမီးချင်းနှစ်သက်သူ, အမျိုးသားချင်းနှစ်သက်သူ (သို့) လိင်တူနှစ်သက်သူ
☐ လိင်၂ မျိုးစလုံးနှစ်သက်သူ
☐ အခြားအမျိုးအစား
☐ မသိပါ
☐ မဖြေဆိုလိုပါ

အိမ်ရာအခြေအနေ သင်သည် အိုးအိမ်မဲ့ဖြစ်ပါသလား။ ☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ

အကယ်၍အိုးအိမ်မဲ့ဖြစ်ပါက ☐ ၂ ဆတိုး (အခြားသူများနှင့် နေထိုင်ပါသလား) ☐ နားခိုရာနေရာ ☐ လမ်း ☐ အကူးအပြောင်း ☐ မသိပါ

နှစ်သက်ရာဆေးဆိုင်

ဆေးဆိုင်အမည် | ဆေးဆိုင်တည်နေရာ

အရေးပေါ် ဆက်သွယ်ရန်

အမည် | တော်စပ်ပုံ | ဖုန်းနံပါတ်

တာဝန်ရှိအုပ်ထိန်းသူ အချက်အလက် (အသက် 18 နှစ်အောက် လူနာတိုင်းတွင် တာဝန်ရှိသော အုပ်ထိန်းသူ ရှိရပါမည်)

☐ **လူနာ** (အသက် ၁၈ နှစ်နှင့် အထက်) ☐ **အုပ်ထိန်းသူ မိဘ** ☐ **အုပ်ထိန်းသူ** (ဆေးကုသမှုအတွက် တရားဝင်တော်စပ်ပုံသက်သေလိုအပ်ပါသည်။)

နောက်ဆုံးစာလုံး | ပထမစာလုံး | အလယ်

အိမ်လိပ်စာ | မြို့ | ပြည်နယ် | ဒေသကုဒ်

မွေးနေ့ | အိမ်ဖုန်း

သွားကျန်းမာရေးအာမခံသတင်းအချက်အလက်

☐ **လက်ရှိ ကျွန်ုပ်တွင် သွားအာမခံရှိပါသည် (အောက်တွင် ဖတ်ပါ)**
☐ **လက်ရှိ ကျွန်ုပ်တွင် သွားအာမခံမရှိပါ**
☐ ကျွန်ုပ်သည် လျှော့ဈေးအစီအစဉ်ကို လျှောက်ထားလိုပါသည်

သွားကျန်းမာရေးအာမခံ အမည်: ________________________________

မူဝါဒ/ID နံပါတ်- ________________________________

☐ **ကျွန်ုပ်တွင် လက်တလော ဒုတိယဦးစားပေး သွားကျန်းမာရေးအာမခံရှိပါသည်။ (အောက်တွင်ဖတ်ပါ။)**

သွားကျန်းမာရေးအာမခံ အမည်- ________________________________

မူဝါဒ/ID နံပါတ်- ________________________________

ကျန်းမာရေးအာမခံသတင်းအချက်အလက်

☐ **ကျွန်ုပ်တွင် လက်ရှိကျန်းမာရေးအာမခံရှိပါသည်။ (အောက်တွင် ဖတ်ပါ)**
☐ **ကျွန်ုပ်သည် လက်ရှိတွင် ကျန်းမာရေးအာမခံမရှိပါ။**
☐ ကျွန်ုပ်သည် လျှော့ဈေးအစီအစဉ်ကို လျှောက်ထားလိုပါသည်

ကျန်းမာရေးအာမခံအမည်-________________________________

မူဝါဒ/ID နံပါတ်- ________________________________

☐ **ကျွန်ုပ်တွင် လက်တလောတွင် ဒုတိယဦးစားပေး ကျန်းမာရေးအာမခံရှိပါသည်။ (အောက်တွင်ဖတ်ပါ။)**

ကျန်းမာရေးအာမခံအမည်-________________________________

မူဝါဒ/ID နံပါတ်- ________________________________

READ ONLY

community health centers OF BURLINGTON

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 (UVMMC), 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, UVMMC 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, UVMMC Pain Management
- **Radiology:** CVMC Radiology, NWMC, Porter, Copley and VT Open MRI
- **Sleep Study:** VT Medical Sleep Disorder, UVMMC 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 &

ကုသမှု၊ ငွေပေးချေမှုနှင့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုများအတွက်

ကုသမှု သဘောတူညီချက်နှင့် ကျန်းမာရေးအချက်အလက် ထုတ်ပြန်ရန် သဘောတူညီချက်

I. ကုသမှုအတွက် သဘောတူညီချက်-

ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင် သို့မဟုတ် အမည်ဖော်ပြထားသော လူနာအတွက် (ကျွန်ုပ်သည် ထိုသူ၏ မိဘ သို့မဟုတ် တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူဖြစ်ကာ အမည်ပါလူနာအတွက် သဘောတူညီခွင့် ရှိပါသည်) သဘောတူညီချက်အား Community Health Centers of Burlington, Inc. (CHCB) ကို ပေးအပ်ပါသည်။ ကုသမှုများတွင် ကျန်းမာရေးစစ်ဆေးခြင်း၊ ရောဂါရှာဖွေခြင်း၊ ဆေးကုသခြင်း၊ သွားကျန်းမာရေး၊ လူမှုဝန်ဆောင်မှုများ ၊ စိတ်ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် အရက်နှင့် မူးယစ်ဆေး စစ်ဆေးခြင်း၊ အကဲဖြတ်ခြင်း၊ ရောဂါရှာဖွေကုသခြင်းနှင့် စိတ်ရောဂါ ဝန်ဆောင်မှုများ ပါဝင်ပါသည်။

II. ကုသမှုအတွက် ကျန်းမာရေး/ကုသမှု မှတ်တမ်းများ၊ ငွေပေးချေမှုနှင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများ အပါအဝင် ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ-

ကျွန်ုပ်၏ (သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်မှ မိဘ၊ တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူဖြစ်သော အမည်ပါကလေး၏) ဆေးကုမှု၊ သွားကျန်းမာရေး၊ မူးယစ်ဆေးနှင့် အရက်၊ စိတ်ကျန်းမာရေး၊ စိတ်ရောဂါနှင့် အခြား ကျန်းမာရေး မှတ်တမ်းများ ("ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များ") ကို CHCB အတွင်းသာ သုံးရန်နှင့် CHCB ပြင်ပရှိ လူ သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်းများကို ကြည့်ရှုခွင့်ပြုခြင်းအား CHCB မှ အောက်ပါ ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် ခွင့်ပြုရန် သဘောတူပါသည်-

A. ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များအား ကုသမှု၊ ငွေပေးချေမှု နှင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုတို့အတွက် CHCB မှ အသုံးပြုရန်-

- CHCB ဝန်ထမ်းမှ ကုသမှုပေးခြင်း-
- ငွေကြေးနှင့် အရည်အသွေးအကဲဖြတ်မှု နှင့်/သို့မဟုတ် သင်တန်းပေးခြင်း အပါအဝင် CHCB ၏ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုများ ပြုလုပ်ခြင်း
- CHCB ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ငွေပေးခြင်း။ CHCB သည် ကျွန်ုပ်၏ CHCB စာရင်းသွင်းပုံစံ သို့မဟုတ် အခြားသော CHCB အာမခံ အချက်အလက် ပုံစံများတွင် ဖော်ပြထားသကဲ့သို့ ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ငွေပေးချေမှုကို ရယူနိုင်ပြီး အာမခံလုပ်ငန်းများ၊ အလုပ်သမားနစ်နာကြေး အာမခံများနှင့် ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုပေးသော အခြားအဖွဲ့များသို့ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို မျှဝေနိုင်ပါသည်။

B. ကုသရန်အတွက် CHCB ပြင်ပရှိ လူ သို့မဟုတ် အဖွဲ့များကို ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ ကြည့်ရှုခွင့်ပေးခြင်း-

CHCB သည် ကျွန်ုပ်အား အောက်ပါ ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုပေးသူများသို့ ကျွန်ုပ်ကို လွှဲပေးရပါက မူးယစ်ဆေးသုံးခြင်း ကုသမှု အချက်အလက်များအပါအဝင် CHCB က လိုအပ်သည်ဟု သတ်မှတ်သော ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို လွှဲပြောင်းပေးရန် ခွင့်ပြုပါသည်-

- **ဆေးရုံများ-** University of Vermont Medical Center (UVMMC), Copley Hospital, Porter Hospital, Northwestern Medical Center, Central Vermont Medical Center (CVCA), Dartmouth Hitchcock Medical Center (DHMC)
- **ဓာတ်မတည့်မှု-** Timberlane Allergy & Asthma Associates
- **အကြားအာရုံဆိုင်ရာ-** Adirondack Audiology Associates
- **နှလုံး-** CVCA, Central VT Cardiology, NWMC Cardio, DHMC Cardiology
- **အရေပြား-** Dorset St. Dermatology, Four Seasons Dermatology
- **အစာအိမ်အူလမ်းကြောင်း-** VT Gastroenterology, Northwestern Medical Center
- **နေအိမ်ကျန်းမာရေး-** Bayada Home Health, UVMMC Home Health & Hospice
- **အာရုံကြော-** DHMC Neurology, Neurological Associates of Burlington
- **OB/GYN:** Lake Champlain Gynecology, Maitri, VT Gynecology
- **အရိုး-** NWMC Ortho, Mansfield Ortho
- **Oximetry:** Lincare
- **နာကျင်မှု-** VT Interventional Spine Center, VT Pain Management, UVMMC Pain Management
- **ရေဒီယိုဓာတ်မှန်-** CVMC Radiology, NWMC, Porter, Copley and VT Open MRI
- **အိပ်စက်မှုဆိုင်ရာ-** VT Medical Sleep Disorder, UVMMC Sleep Program
- **ဆီးလမ်းကြောင်း-** DHMC Urology, Green Mountain Urology
- **စစ်မှုထမ်းဟောင်းများ** စစ်မှုထမ်းဟောင်း စီမံရေးအစီအစဉ်များနှင့် ခံစားခွင့်များ
- **ရုပ်ပိုင်းကုသမှု- (PT)** PT 360, All Wellness PT, Appletree Bay, Catamount PT, Champlain PT, Choice PT, Cornerstone PT, DEE PT, Edge PT, Elite Health & 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.

READ ONLY

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.

REQUIRED

Name of Patient:____Date of Birth__________________

Patient Signature:____Date:_________________________

Parent/Guardian:____

Parent/Guardian Signature:___________________________________Date:_________________________

- စာရင်းတွင်မပါသော်လည်း ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအတွက် အခြားသော ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်သူများသို့ ကျန်းမာရေး အချက်အလက်အားလုံး (သီးသန့် သဘောတူညီချက်လိုသော အရက်နှင့် မူးယစ်ဆေးသုံးမှု အချက်အလက်များမှအပ) ကို မျှဝေခွင့်အား CHCB ကို ပေးအပ်ပါသည်-

III. ယခုသဘောတူညီချက် အဆုံးသတ်ခြင်းနှင့် ကန့်သတ်ချက်များ-

ယခုသဘောတူညီချက်ကို အချိန်မရွေး ရုပ်သိမ်းနိုင်ကြောင်းနှင့် ယခုသဘောတူညီချက် ရုပ်သိမ်းခြင်းသည်, CHCB လုပ်ဆောင်ချက်များကို မည်သည့်သက်ရောက်မှုမျှမရှိကြောင်း သဘောတူညီချက်နှင့်ပတ်သက်ပြီး မရုပ်သိမ်းမီကပင် နားလည်ပါသည်။ ယခင်က မရုပ်သိမ်းထားပါက ယခု သဘောတူညီချက်သည် အောက်ပါ နေ့စွဲ၊ အခြေအနေ သို့မဟုတ် အဖြစ်အပျက်တွင် အဆုံးသတ်ပါမည်- _____________ တစ်ခုမှ မဖော်ပြထားပါက ယခုသဘောတူညီချက်သည် ကျွန်ုပ် နောက်ဆုံးဝန်ဆောင်မှု ရယူထားသည်မှ သုံးနှစ်အကြာတွင် သက်တမ်းကုန်ပါမည်။

ယခုသဘောတူညီချက်ပါ ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ အသုံးပြုခြင်း သို့မဟုတ် ကြည့်ရှုခြင်းအတွက် ကန့်သတ်ချက်များကို ကျွန်ုပ်မှ တောင်းဆိုနိုင်ပြီး ထိုတောင်းဆိုချက်များကို CHCB မှ သဘောတူခြင်း သို့မဟုတ် သဘောမတူခြင်း ရှိနိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ်မှ နားလည်ပါသည်။ သဘောတူထားသော ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို သုံးခြင်း သို့မဟုတ် ကြည့်ရှုခြင်းအတွက် အဆိုပါ ကန့်သတ်ချက်များမှအပ ယခု လက်မှတ်ထိုးထားသော သဘောတူညီချက်မပါဘဲ CHCB သည် ကျွန်ုပ် (သို့မဟုတ် အမည်ပါလူနာအား) ဝန်ဆောင်မှု မပေးနိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

IV. အကျိုးခံစားခွင့်ဆိုင်ရာ လွှဲအပ်ချက်

ကျွန်ုပ်က CHCB အား Medicaid, Medicare သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေး၊ အပြုအမူကျန်းမာရေး၊ စိတ်ရောဂါ သို့မဟုတ် သွားကျန်းမာရေးတို့အတွက် မည်သည့် ကျန်းမာရေးအာမခံမဆို ကျွန်ုပ်အကျိုးဝင်သမျှအတွက်CHCB အား ပေးချေမှု အားလုံးအတွက် လွှဲအပ်ပါသည်။ ထို့အပြင် ကျွန်ုပ်သည် အာမခံ အကျိုးခံစားခွင့် ရရှိနိုင်သည့်အခါ ဝန်ဆောင်မှု အဖွဲ့အစည်းက ပေးခဲ့သော ယင်းဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကျွန်ုပ်၏ အာမခံကုမ္ပဏီ(များ) သို့မဟုတ် Medicaid ထံသို့ ကျသင့်ငွေတောင်းခံလွှာ ပေးပို့ရန်နှင့် ယင်းတို့မှ ပေးချေမှုကို လက်ခံရန် ဝန်ဆောင်မှု အဖွဲ့အစည်းတိုင်းအား တာဝန်လွှဲအပ်ပါသည်။ ထို့အပြင် Medicaid / Medicare သို့မဟုတ် မည်သည့် ကျန်းမာရေးအမခံ(များ) သို့မဆို ကျန်းမာရေး ဆေးစစ်မှု၊ ရောဂါစစ်ဆေးမှု၊ ဆေးကုသမှု၊ သွားကျန်းမာရေး၊ လူမှုဝန်ဆောင်မှုများ၊ စိတ်ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် အရက်နှင့်မူးယစ်ဆေး စစ်ဆေးမှု၊ အကဲဖြတ်မှု၊ ရောဂါရှာဖွေမှုနှင့် စိတ်ရောဂါ ဝန်ဆောင်မှုများကို ကျွန်ုပ် ရယူဆဲ သို့မဟုတ် ရသူခဲ့သော အချိန်ကာလအတွက် ငွေပေးချေရန် လိုအပ်သော မည်သည့်အချက်အလက်ကိုမဆို မျှဝေခွင့်အား CHCB ကို ပေးအပ်ပါသည်။

CHCB တွင် ကုသမှုအတွက် မည်သည့် ငွေပေးရန်ကျန်မှုမဆိုအတွက် ကျွန်ုပ်တွင် တာဝန်ရှိကြောင်း နားလည်ပါသည်။

မှန်ကန်သော လူဦးရေစာရင်းအချက်အလက်များကိုသာဖြည့်စွက်ရမည်ဖြစ်ကြောင်း နားလည်ပါသည်။

CHCB ၏ ငွေပေးချေမှု ခန့်မှန်းတွက်ဆချက် စာရွက်စာတမ်း မိတ္တူကို ကျွန်ုပ်အား ပေးအပ်ပြီးဖြစ်ကာ အဆိုပါ ခန့်မှန်းတွက်ဆချက်များကို နားလည်ကာ လိုက်နာမည့်အကြောင်း သဘောတူပါသည်။

ကျွန်ုပ်အား ကိုယ်ရေးကိုယ်တာကျင့်ထုံး အသိပေးစာ မိတ္တူတစ်စောင်ပေးထားပြီး CHCB အနေနှင့် ကျွန်ုပ်၏ ကာကွယ်ထားရှိအပ်သော ကျန်းမာရေးသတင်းအချက်အလက်များကို ဥပဒေနှင့်အညီအသုံးပြုမည့်အကြောင်း နားလည်ပါသည်။

Burlington, Inc. လူထုကျန်းမာရေးစင်တာသည် ချိန်းဆိုချက်ကိုသတိပေးရန်နှင့် အခြားသောအသိပေးကြေငြာချက်များ ပြုလုပ်ရန် မည်သည့်အီးမေးလ်နှင့် မိုဘိုင်းဖုန်းနံပါတ်မဆိုအသုံးပြုပြီး ကျွန်ုပ်ကို ဆက်သွယ်မည့်အကြောင်းနာလည်ပါသည်။ အီးမေးလ်လိပ်စာများနှင့် မိုဘိုင်းဖုန်းနံပါတ်များကို တဆင့်ပြန်လည်ရောင်းချခြင်းမပြုရန်နှင့် ဈေးကွက်ရှာခြင်းရည်ရွယ်ချက်များအတွက်အသုံးမပြုရန် နားလည်ပါသည်။

ဆေးကုသမှုသဘောတူညီချက်နှင့် ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များအသုံးပြုရန်သဘောတူညီချက်ကိုဖတ်ရှုပြီးနောက် နားလည်သဘောတူပါသည်။

ဖြည့်စွက်ရန်

လူနာအမည်- ______________________________ မွေးနေ့ ____________________

လူနာလက်မှတ်- ______________________________ နေ့စွဲ- ____________________

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ- ______________________________

လူနာလက်မှတ်- ______________________________ နေ့စွဲ- ____________________

READ ONLY