



FOMU YA KUWASAJILI WAGONJWA

Imethibitishwa Na:

TAREHE ILIYOPOKEWA / KUWEKWA: ___/___/___

HERUFI ZA KWANZA ZA MAJINA YA

WAFANYAKAZI: _____

AINA YA MIADI/YA KUTUMIWA NA WAFANYAKAZI PEKEE MATIBABU MENO

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

MAELEZO YA MGONJWA TAFADHALI KAMILISHA (Jaza) fomu yote kwa Kalamu yenye rangi Nyeusi au Bluu Pekee

JINA LA MWISHO JINA LA KWANZA MI JINA LA UTANI/JINA ULILOCHAGUA

ANWANI YA MTAA MJI JIMBO MSIMBO WA ENEO

NAMBARI YA RUZUKU YA SERIKALI TAREHE YA KUZALIWA SIMU YA NYUMBANI SIMU YA MCHANA SIMU YA MKONONI

ANWANI YA BARUA PEPE MBINU INAYOPENDELEWA YA MAWASILIANO
 SIMU BARUA PEPE UJUMBE WA MATINI

HALI YA NDOA UMBARI
 Mseja Mmetengana Mwafrika-Mwamerika Mwamerika Asili
 Umeolewa Mjane Mwasia-Mwamerika Mpasifiki wa Kisiwa
 Umepewa talaka Ndoa ya Jinsia Moja Mzungu Chotara

Lugha Msingi kama Sio Kiingereza: _____
 Unahitaji Huduma za Mkalimani? NDIYO HAPANA
 Asili ya Jamii/Kabia: Mhispania Asiy Mhispania

Daktari wa Huduma ya Msingi MFANYAKAZI WA KILIMO Je, wewe ni Mkongwe wa Marekani? MAELEZO YA KIFEDHA YA FAMILIA
 Mhamiaji Wa muda Ndiyo Hapana
 Ukubwa wa Familia/Kaya: _____

JINSIA HALALI JINSIA YA SASA UTAMBULISHO WA JINSIA MAPENDELEO YA KIMAPENZI
 MWANAUME MWANAUME MWANAUME MWANAMKE MWANAMKE
 MWANAUME ALIYEBADILISHA JINSIA (Mwanamke-hadi-Mwanaume/FTM)
 MWANAMKE ALIYEBADILISHA JINSIA (Mwanaume-hadi-Mwanamke/MTF)
 MTU ASIYELITAMBULISHA NA JINSIA YOYOTE
 NYINGINEZO
 NINACHAGUA KUTOFICHUA
 MPENDA JINSIA TOFAUTI au WANAOFANYA MAPENZI YA KAWAIDA
 MSAGAJI, BASHA au MSENGE
 MPENDA JINSIA ZOTE MBILI
 KITU KINGINE
 SIJUI
 NINACHAGUA KUTOFICHUA

Mapato ya Kaya: \$ _____
 Kila wiki Kila mwaka
 Baada ya wiki mbili Amekataa
 Kila mwezi

Kama Kituo cha Afya ambacho hupokea Fedha za serikali, tunahitajika kukusanya maelezo haya. Majibu yote ni ya siri.

HALI YA MAKAZI Una Makazi? NDIYO HAPANA
 Ikiwa huna makazi, unaishi: Doubling Up (unaishi na wengine) kwa Makazi Mtaani Makazi ya mpito Hajulikani

DUKA LA DAWA UNALOPENDELEA

JINA LA DUKA LA DAWA ENEO LA DUKA LA DAWA

MAWASILIANO YA DHARURA

JINA UHUSIANO NAMBARI YA SIMU

MAELEZO YA MHUSIKA ANAYEWAJIBIKA (Mgonjwa yeyote chini ya umri wa miaka 18 lazima awa na mhusika anayewajibika)

Mgonjwa (umri wa miaka 18 au zaidi) Mzazi Mlezi Mlezi (thibitisho la hali ya kisheria inahitajika kwa matibabu)

JINA LA MWISHO JINA LA KWANZA MI

ANWANI YA MTAA MJI JIMBO MSIMBO WA ENEO

TAREHE YA KUZALIWA SIMU YA NYUMBANI

MAELEZO YA BIMA YA MENO

Kwa sasa nina bima ya MENO (angalia hapa chini)
 Kwa sasa SINA bima ya MENO
 Ningependa kuomba ADA INAYOPUNGUA (KIWANGO CHA ADA INAYOPUNGUA)

Jina la Bima ya MENO: _____
 Nambari ya Sera/Kitambulisho: _____

Kwa sasa nina bima ya pili ya MENO (angalia hapa chini)
 Jina la Bima ya MENO: _____
 Nambari ya Sera/Kitambulisho: _____

MAELEZO YA BIMA YA MATIBABU

Kwa sasa nina bima ya MATIBABU (angalia hapa chini)
 Kwa sasa SINA bima ya MATIBABU
 Ningependa kuomba ADA INAYOPUNGUA (KIWANGO CHA ADA INAYOPUNGUA)

Jina la Bima ya Dawa: _____
 Nambari ya Sera/Kitambulisho: _____

Kwa sasa nina bima ya pili ya MATIBABU (angalia hapa chini)
 Jina la Bima ya Dawa: _____
 Nambari ya Sera/Kitambulisho: _____



Ridhaa ya Matibabu na Ridhaa ya Kutoa Maelezo ya Afya kwa Shughuli za Matibabu, Malipo na Huduma ya afya

I. Ridhaa ya Matibabu

Ninatoa ridhaa yangu kwa matibabu yangu mwenyewe, au mgonjwa aliyetajwa (ambaye mimi ni mzazi au mlezi wake halali ambaye ana haki ya kutoa ridhaa ya matibabu ya mgonjwa aliyetajwa) kwa Vituo vya Afya vya Jamii vya Burlington, Inc. (CHCB). Matibabu yanaweza kujumuisha uchunguzi wa afya, uaguzi, matibabu, huduma ya meno; huduma za jamii; na/au afya ya akili na uchunguzi unaohusiana na dawa za kulevya na pombe, tathmini, uaguzi na matibabu.

II. Ridhaa ya Kutoa Maelezo ya Afya, pamoja na Rekodi za Afya/Matibabu kwa ajili ya Matibabu, Malipo na Shughuli za Huduma ya Afya

Ninatoa ridhaa kwa matumizi ya ndani ya CHCB na ufichuzi kwa watu au mashirika nje ya CHCB ya maelezo yangu (au ya mgonjwa aliyetajwa ambaye mimi ni mzazi au mlezi wake halali) ya matibabu, meno, dawa za kulevya na pombe, afya ya akili na matibabu yangu mengine na rekodi za afya (rekodi na maelezo kama hayo ya afya yanarejelewa katika Ridhaa hii kama “Maelezo yangu ya Afya”) na CHCB kwa malengo yafuatayo:

A. Matumizi ya Maelezo ya Afya na CHCB kwa Matibabu na kwa Shughuli za Huduma ya Afya:

- Kutoa matibabu kwa wafanyakazi wa CHCB:
- Kutekeleza shughuli za huduma ya afya za CHCB ikiwa ni pamoja na, kwa mfano, ukaguzi na mafunzo ya kifedha au kuhakikisha ubora.

B. Ufichuzi wa Maelezo ya Afya kwa Watu Nje ya CHCB kwa Malengo ya Matibabu na Malipo

- Kutoa Maelezo yote muhimu ya Afya kama ilivyobainishwa na CHCB, ikiwa ni pamoja na maelezo kuhusu matibabu ya matumizi mabaya dawa na pombe, kwa yeyote kati ya watoa huduma wafuatao wa afya ikiwa nitaelekezwa hapo kwa matibabu: University of Vermont Medical Center, Allergy & Asthma Associates, Champlain Valley Foot & Ankle, Associates in Orthopedic Surgery, Appletree Bay Physical Therapy, Four Seasons Dermatology, Evolution Physical Therapy & Yoga, Hand Surgery Associates, Green Mountain Physical Therapy, or the Rehab Gym.
- Kutoa Maelezo ya Afya kwa watoa huduma wengine wa afya mashirika ambayo hayajaorodheshwa hapo juu ambaye huenda wanahusika katika huduma yangu (isipokuwa kwa maelezo yanayohusiana na matibabu ya matumizi mabaya ya dawa au pombe ambapo ridhaa tofauti itahitajika);
- Kupata malipo ya bili za huduma ya afya, pamoja na kutuma Maelezo kama hayo ya Afya kama yanavyohitajika ili kupata malipo kwa huduma za CHCB kwa kampuni ya bima, kampuni ya kuwafidia wafanyakazi au shirika linalolipia huduma zangu za afya, kama ilivyotambuliwa katika fomu yangu ya Usajili ya CHCB au maelezo mengine mapya ya bima kwenye faili ya CHCB.

III. Masuala Mengine

Ninaelewa kwamba nina haki ya kubatilisha Ridhaa hii wakati wowote, lakini kubatilisha Ridhaa hii hakutaathiri hatua zozote ambazo zilichukuliwa na CHCB kwa kutegemea Ridhaa hii kabla ya kuibatilisha. Ikiwa haikubatilishwa awali, ridhaa hiki itaisha baada ya tarehe, tukio, au hali inayofuata: _____.

Ikiwa hakuna iliyoashiriwa, ridhaa hii itaisha miaka mitatu baada ya tarehe ya mwisho ya mimi kupata huduma.

Ninaelewa kwamba ninaweza kuomba vikwazo kuwekewa matumizi au ufichuzi wa Maelezo yangu ya Afya kwa malengo yaliyoelezewa katika Ridhaa hii na kwamba huenda CHCB isikubali vikwazo vilivyoombwa. Ninaelewa pia kwamba isipokuwa kwa vikwazo vya matumizi au ufichuzi wa Maelezo ya Afya ambavyo CHCB imekubali, CHCB haitaweza kunipa huduma (au mtu aliyetajwa) bila Ridhaa iliyotiwa saina.

Ninaelewa na kukubali kwamba ninawajibika kifedha kwa masalio yoyote yasiolipwa yaliyotokana na huduma yangu katika CHCB.

Ninaelewa kwamba, kwa ufahamu wangu wote, maelezo ya demografia niliyoyotoa ni ya kweli na sahihi.

Nimesoma Ridhaa ya Matibabu na Ridhaa ya Kutoa Maelezo ya Afya na ninaelewa na kutoa ridhaa ya maudhui yake.

Ninakubali kwamba nimepewa nakala ya hati ya Matarajio ya Malipo ya CHCB na ninaelewa na kukubali kufuata matarajio haya.

Kukabidhi Faida

Ninaikabidhi CHCB malipo yoyote na yote ambayo ninastahiki chini ya Medicaid au sera yoyote ile ya bima ya afya kwa huduma ya afya, afya ya kitabia, au huduma za afya ya meno nilizopewa na CHCB ilimradi gharama hizo za huduma kwa CHCB zisidishie gharama za kawaida za CHCB. Ninaidhinisha CHCB kutoa bili na kupokea malipo moja kwa moja kutoka Medicaid au mtoa huduma wa bima yangu kwa huduma hizo ambazo CHCB ilitoa ambazo ninaweza kustahiki kupata bima. Ninaidhinisha pia CHCB kutoa maelezo yoyote yanayohitajika ya Medicaid au ya bima yangu ya afya kwa malengo ya bili kwa huduma zilizotolewa kwa muda wa vipindi hivyo nikipokea au ninapokuwa nikipokea huduma msingi ya afya, au huduma za afya ya kitabia, au afya ya meno.

Wagonjwa katika Vituo vya Afya vya Jamii vya Burlington wanatoa ridhaa ya kufichuliwa kwa maelezo kwa malengo ya matibabu, malipo, na shughuli za huduma ya afya. Wagonjwa wanaweza kutoa ridhaa ya kupokea au kufichuliwa kwa maelezo ya huduma ya afya kwa malengo mengine pia.

Wagonjwa wanaoomba maelezo kuhusiana na ushauri/matibabu ya dawa za kulevya na pombe wanahitaji kukamilisha idhini tofauti. Hakuna maelezo ya dawa za kulevya na pombe yatakayotolewa bila kibali hiki.

Ninakiri kwamba nimepewa nakala ya Ilani ya Kanuni za Faragha na ninaelewa jinsi CHCB inaweza au kutoweza kutumia maelezo yangu yaliyolindwa ya afya kulingana na sheria ya faragha.

Ninaelewa kwamba Vituo vya Afya vya Jamii vya Burlington, Inc vinaweza kutumia anwani yoyote ya barua pepe au nambari ya simu ya mkononi iliyotolewa kuwasiliana na mimi kwa makumbusho ya miadi au matangazo mengine. Anwani za barua pepe na nambari za simu ya mkono hazitauzwa kwa wahusika wengine au kutumiwa kwa malengo ya matangazo.

INAHITAJIKA

Jina la Mgonjwa: _____ Tarehe ya Kuzaliwa _____

Saini ya Mteja: _____ Tarehe: _____

Mzazi/Mlezi: _____

Saini ya Mzazi/Mlezi: _____ Tarehe: _____