

School-Based Dental Center

Medical/Dental History Form



6 Archibald St., Burlington, VT 05401 ■ IAA Tel: 658-4869 ■ Tel: 652-1050 ■ Fax: 652-1056

1. The Community Health Centers of Burlington (CHCB) offers a great kid's School-Based Dental Center at the Integrated Arts Academy at H.O. Wheeler School, 6 Archibald Street, Burlington.
2. All children who are Burlington School District students or siblings of students, who are enrolled in Medicaid, Dr. Dynasaur or are low-income and uninsured AND have not seen a dentist in the past year, are welcome. If you are low-income and uninsured, CHCB will help you meet with our Patient Support Services staff to apply for programs and/or our Sliding-Fee Scale Program.
3. **Just fill out this form and sign it (read the back for translation if needed) and send it back to the school. If you need help with this process, CHCB will help you fill out the form. Please contact your school nurse, school liaison, or CHCB's Dental Center at 652-1050 or 658-4869. Please check box that applies.**

Once your child is signed up, the school and the Community Health Centers will take care of everything else for you. If your child does not attend the Integrated Arts Academy at H.O. Wheeler, transportation can be arranged. Remember, parents are always invited to dental appointments, too. Dental care for your child has never been so easy!

Please make sure you fill out the form **completely** and **sign it on each page**.

Each child needs a registration form. For another form, just call the Integrated Arts Academy at 658-4869 or CHCB's Dental Center's main telephone number 652-1050.

Today's Date ___/___/___ School Child Attends: _____

Child's Name: _____ Child's Date of Birth: ___/___/___
(Last) (First) (MI)

Child's Social Security Number: _____ Primary Language: _____

Street Address: _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Name of Child's Physician: _____ Phone number _____ Last Visit _____

Name of Child's Dentist: _____ Phone number _____ Last Visit _____

Race	Gender	Sexual Orientation	Legal Sex	Ethnicity/ Ethnic Origin
<input type="checkbox"/> African-American <input type="checkbox"/> Asian-American <input type="checkbox"/> Caucasian/White <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> Multi-Racial	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Transgender Male <input type="checkbox"/> Transgender Female <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Do Not Wish To Report	<input type="checkbox"/> Lesbian or Gay <input type="checkbox"/> Straight/Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Something Else <input type="checkbox"/> Don't Know <input type="checkbox"/> Do Not Wish To Report	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic

Parent/Guardian Information

Name of Person Legally Responsible for Child: _____ Relationship: _____

Home # _____ Work # _____ Cell # _____ Email: _____

Alternate Contact Person: _____ Home # _____ Work # _____

Cell # _____ Relationship: _____ Email: _____

Insurance Information Does your child have Medicaid or **NO** insurance? Please explain.

Dr. Dynasaur/Medicaid Number # _____ No Dental Insurance

(Signature of parent/guardian)

(Date)

Interpretation or Translation offered and understood.

(Signature of person completing form if not parent/guardian)

(Contact number)

- बर्लिङटनका सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रहरू (CHCB) ले एच ओ हिवलर स्कुल, 6 आर्चिबाल्ड स्ट्रीट, बर्लिङटन स्थित इन्टिग्रेटेड आर्ट एकाडेमीमा शिशुको लागि एकदम राम्रो विद्यालयमा आधारित दन्त उपचार केन्द्र प्रदान गर्दछ।
- बर्लिङटन विद्यालय जिल्लामा छात्रछात्रा भएका सम्पूर्ण बालबालिका वा विद्यार्थीका सन्तानहरू, जो डा. डाइनेसर, मेडिकेडमा भर्ती भएका छन् वा न्युन आय भएका र बीमा नगरिएका छन् तथा विगतका वर्षमा एउटा पनि चिकित्सक नदेखेका छन्, तिनलाई स्वागत छ।
- यो फारम भरेर हस्ताक्षर गर्नुहोस् (यदि आवश्यक परेमा पछाडी अनुवाद पढ्न सक्नुहुनेछ) र यसलाई फेरि स्कुलमा फर्काइदिनुहोस्। यस कार्यमा सहयोगको आवश्यकता परेमा फारम भर्ने हामी सघाउनेछौं। कृपया तपाईंको स्कुल नर्स, स्कुलको सम्पर्क व्यक्ति वा 652-1050 वा 658-4869 मा डायल गरी CHCB को दन्त केन्द्रमा सम्पर्क गर्नुहोस्। कृपया लागू हुने बाकसमा चेक गर्नुहोस्।**

एक पटक तपाईंको बच्चालाई भर्ना गरिसकेपछि, विद्यालय एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रले तपाईंको लागि सबै कुराको जिम्मा लिइदिनेछ। यदि तपाईंको बच्चाले एच ओ हिवलर स्थित इन्टिग्रेटेड आर्ट एकाडेमीमा अध्ययन गर्ने होइन भने, यातायातको व्यवस्था गर्न सकिनेछ। याद गर्नुहोला, अभिभावकहरूलाई पनि दन्त उपचार लिनको लागि सधैं भरी स्वागत छ। तपाईंको बच्चाले दन्त सेवा पाउन कहिल्यै यति सजिलो भएन।

कृपया उक्त फारम पूरै भरेर हरेक पृष्ठमा सही गरे नगरेको सुनिश्चित गर्नुहोला।

हरेक बच्चालाई एउटा दर्ता फारम चाहिन्छ। अर्को फारमको लागि, केवल लागि इन्टिग्रेटेड आर्ट एकाडेमीको 658-4869 मा वा CHCB को दन्त उपचार केन्द्रको मुख्य टेलिफोन नम्बर 652-1050 मा सम्पर्क गर्नुभए पुग्छ।

आजको मिति ____/____/____ बच्चा अध्ययन गर्ने विद्यालय: _____

बच्चाको नाम: _____ बच्चाको जन्म मिति: ____/____/____
(थर) (नाम) (बीचको)

बच्चाको सामाजिक सुरक्षा नम्बर: ____/____/____ प्रमुख भाषा: _____

स्ट्रीटको ठेगाना: _____ शहर _____ प्रान्त _____ जिप कोड _____

बच्चालाई हेर्ने चिकित्सकको नाम: _____ फोन नम्बर _____ अन्तिम पटक भेटेको _____

बच्चालाई हेर्ने चिकित्सकको नाम: _____ फोन नम्बर _____ अन्तिम पटक भेटेको _____

नस्ल	लिङ्ग	यौनिक अभिमुखीकरण	आधिकारिक लिङ्ग	जनजाति/ जनजाति मूल
<input type="checkbox"/> अफ्रिकी-अमेरिकी	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> समलिङ्गी महिला वा पुरुष	<input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> हिस्प्यानिक
<input type="checkbox"/> एसियाली-अमेरिकी	<input type="checkbox"/> महिला	<input type="checkbox"/> सामान्य/विपरीतलिङ्गी	<input type="checkbox"/> महिला	<input type="checkbox"/> गैर-हिस्प्यानिक
<input type="checkbox"/> ककेसियन/श्वेत	<input type="checkbox"/> अन्तलिङ्गी पुरुष	<input type="checkbox"/> उभयलिङ्गी		
<input type="checkbox"/> अमेरिकी आदिवासी	<input type="checkbox"/> अन्तलिङ्गी महिला	<input type="checkbox"/> अन्य केही		
<input type="checkbox"/> प्रशान्त द्वीपवासी	<input type="checkbox"/> अन्य	<input type="checkbox"/> थाहा छैन		
<input type="checkbox"/> बहुनक्षीय	<input type="checkbox"/> बताउन नचाहने	<input type="checkbox"/> बताउन नचाहने		

अभिभावक/संरक्षकको विवरण

कानूनी रूपमा बच्चाप्रति जिम्मेदार व्यक्ति: _____ नाता: _____

घर # _____ कार्यस्थल # _____ फोन # _____ इमेल: _____

वैकल्पिक सम्पर्क व्यक्ति: _____ घर # _____ कार्यस्थल # _____

फोन # _____ नाता: _____ इमेल: _____

बीमाको विवरण के तपाईंको बच्चा मेडिकेड छ वा बीमित छैन ? कृपया बयान गर्नुहोस्।

डा. डाइनेसर/मेडिकेड नम्बर # _____ दाँतको बिमित हैन

(अभिभावक/संरक्षकको सहीछाप)

(मिति)

भाषानुवाद वा अनुवादको विकल्प दिइएको र बुझेको।

(अभिभावक/संरक्षक नभए फारम भर्नेको सहीछाप)

(सम्पर्क नम्बर)



Student's Name: _____ Student's Date of Birth: _____
 (Last) (First) (MI)

Medical/Dental History Form

Your student's overall health as well as any medications that your student takes could have an important impact on your student's medical/dental care. Please answer each of the following questions completely.

Medical History

Does your student have any of the following diseases or problems? If YES please check the corresponding box:

Yes	No		Yes	No		Yes	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congenital Heart Defect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumatic Fever
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsions/Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Handicap/Disability
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Murmur Antibiotic needed per Dr. _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemophilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abnormal Bleeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADHD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinus Trouble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Austism Spectrum

Other Health Questions about your student's habits and concerns.

	Yes	No		Yes	No
Does your student smoke tobacco products? How much? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Does your student use recreational drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are they interested in quitting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Does your student use alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do they have questions about smoking or other drug use?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Is your student pregnant or think they could be pregnant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does your student have any dental or health concerns or questions that they would like to talk about?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Does your student have any sores in their mouth that concern them?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has your student ever been told they need antibiotics prior to dental work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Does your student have any safety concerns at home or with friends?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Has your student had any trouble with previous dental work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Is your student allergic to or had a bad reaction from any of the following? If YES please check the corresponding box:

Yes	No		Yes	No		Yes	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Local anesthetics (Novocain)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Codeine or other narcotics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Iodine
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penicillin or other antibiotics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sedatives, barbituarates, or sleeping pills	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Any other medical problems not listed (Please Explain): _____

List any medications your student is taking (Please include prescription and non-prescription drugs)

1. _____ 2. _____ 3. _____

Please sign below to ensure proper dental/ health care for your child. To the best of my knowledge, the questions on this form have been accurately answered. I understand that providing incorrect information can be dangerous to my child's health. It is my responsibility to notify the healthcare provider office of any changes in my child's medical history. I also authorize treatment such as radiographs, routine check-ups (including fillings and extractions) and fluoride to be given to my child as needed at each dental visit.

 (Signature of parent/guardian)

 (Date)

Interpretation or Translation offered and understood.

 (Signature of person completing form if not parent/guardian)

 (Contact number)

तपाईंको विद्यार्थीको समग्र स्वास्थ्यको साथसाथै तपाईंको बच्चाको लिइरहेको कुनै पनि औसधीले तपाईंको विद्यार्थीको मेडिकल/दन्त स्याहारमा महत्वपूर्ण असर पार्न सक्छ। कृपया तल दिइएका प्रत्येक प्रश्नको पूर्ण रूपमा जवाफ दिनुहोस्।

मेडिकल विवरण

तपाईंको विद्यार्थीलाई निम्नमध्ये कुनै रोग तथा समस्याहरू छन्? यदि छन् भने कृपया सँगैको बाकसमा चिन्ह लगाउनुहोस्:

छ	छैन		छ	छैन		छ	छैन	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	दम	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	एलर्जीहरू	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	रक्तअल्पता
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	क्यान्सर	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	जन्मजात मुटु सम्बन्धी विकार	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	बाथ ज्वरो
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	हेपाटाइटिस	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	मांसपेशीको थर्थाहट/छारारोग	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	विकलाङ्ग/अपाङ्गता
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	क्षयरोग	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	हृदयको सरसराहट डा. _____ को अनुसार एण्टिबायोटिक आवश्यक
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	हेमोफिलिया	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	असामान्य रक्तश्राव	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADHD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	मधुमेह	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	साइनसको समस्या	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	अस्टीजम स्पेक्ट्रम

तपाईंको विद्यार्थीका बानी तथा सरोकारहरूको बारेमा अन्य स्वास्थ्य सवालहरू

	छ	छैन		छ	छैन
तपाईंको विद्यार्थीले सुर्तीजन्म पदार्थ सेवन गर्छन्? कति मात्रामा? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	तपाईंको विद्यार्थीले मनोरञ्जनात्मक लागू औसधको प्रयोग गर्छन्? तपाईंको विद्यार्थीले मदिरा सेवन गर्छन्?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
उनी (हरू) यो लत छोड्न इच्छुक छन्?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	तपाईंको विद्यार्थी गर्भवती छिन् वा उनले गर्भवती भए जस्तो लाग्छ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
उनीहरूको धूम्रपान वा लागू पदार्थ सेवन सम्बन्धी कुनै प्रश्नहरू छन्?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	तपाईंको विद्यार्थीलाई मुखमा घाउखटिरा आउने समस्या छ, जसले उनीहरूलाई चिन्ता उत्पन्न भइरहेको होस्?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
तपाईंको विद्यार्थीलाई बताउन मन लाग्ने दाँत वा स्वास्थ्य सम्बन्धी कुनै सरोकार वा प्रश्नहरू छन्?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	तपाईंको विद्यार्थीलाई घरमा वा साथीहरूसँग सुरक्षा सम्बन्धी कुनै सरोकारहरू छन्?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
तपाईंको विद्यार्थीलाई दन्त चिकित्सा गर्नुभन्दा अगाडि कहिल्यै एण्टिबायोटिक चाहिन्छ भनेर भनिएको छ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	पछिल्लो पटक दाँतको उपचार गर्दा तपाईंको बच्चालाई कुनै समस्या परेको थियो?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

तपाईंको विद्यार्थीमा निम्नमध्ये कुनैको एलर्जी वा नकारात्मक प्रतिक्रिया हुने हुन्छ कि? यदि हुन्छ भने सँगैको बाकसमा चिन्ह लगाउनुहोस्:

हुन्छ	हुँदैन		हुन्छ	हुँदैन		हुन्छ	हुँदैन	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	स्थानीय एनेस्थेटिक्स (नोभोकेन)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	कोडेन वा अन्य नशालु पदार्थ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	आयोडिन
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ल्याटेक्स	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	पेन्सिलिन वा अन्य एण्टिबायोटिकहरू	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	अन्य:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	एस्पिरिन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	सिडेटिव, बार्बिच्युरेट, वा निद्राको औसधी	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

माथि उल्लेख नगरिएका अन्य कुनै मेडिकल समस्या (कृपया व्याख्या गर्नुहोस्):

तपाईंको बच्चाको सेवन गरिरहेको कुनै पनि औसधीहरू सूचीकृत गर्नुहोस् (कृपया सबै प्रेस्क्रिपसन सहित र प्रेस्क्रिपसन बेगरका औसधीहरू समावेश गर्नुहोस्)

१. _____ २. _____ ३. _____

आफ्नो विद्यार्थीको उचित दन्त/स्वास्थ्य सेवाको सुनिश्चितताको लागि तल हस्ताक्षर गर्नुहोस्। मेरो जानकारीमा भए अनुसार, यस फारममा भएका प्रश्नहरूका सही उत्तर दिइएका छन्। गलत विवरण दिनाले मेरो विद्यार्थीको स्वास्थ्यलाई खतराजनक हुनसक्छ भन्ने मैले बुझेको छु। मेरो विद्यार्थीको मेडिकल विवरणमा कुनै परिवर्तन आएमा स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको कार्यालयमा सूचित गर्नु मेरो दायित्व हुन्छ। म मेरो विद्यार्थी दन्त चिकित्साको लागि जाँदा रेडियोग्राफ, नियमित परीक्षण (दाँत भनेर र निकाल्ने लगायत) र फ्लोराइड दिने जस्ता उपचार प्रदान गरिदिन मञ्जुरी दिन्छु।

(अभिभावक/संरक्षकको हस्ताक्षर)

(मिति)

 दोभाषे वा अनुवादकको सेवा उपलब्ध गराइएको र बुझिएको।

(अभिभावक/संरक्षक नभए फारम भनेको सहीछाप)

(सम्पर्क नंबर)



Student's Name: _____ Student's Date of Birth: _____
(Last) (First) (MI)

Medical/Dental History Form

Must be completed in advance of participation in the School-Based Dental Center

Consent to the Provision of Services

I authorize CHCB to see my child at the School-Based Dental Center:

- checkbox Whenever my child needs dental care
checkbox Only when I have given specific written permission (except in the case of a medical, dental or behavioral health emergency)
checkbox Only when I am present (except in the case of a medical, dental or behavioral health emergency)

Emergency Contact/Changes in Health Status or Custody

I further agree that I will promptly inform the School-Based Dental Center staff in writing of 1) any change in my child's physical or dental health and 2) any change in the custody or guardianship of my child which affects my ability to provide this Consent on behalf of my child.

Agreement Concerning Transportation to and from the School-Based Dental Center at the Integrated Arts Academy at The H.O. Wheeler School

Dental services for elementary, middle school and high school students are provided at the School-Based Dental Center at the Integrated Arts Academy at H.O. Wheeler School. The State of Vermont has contracted with SSTA to provide transportation services for Medicaid eligible students to and from Burlington's schools and the School-Based Dental Center at the Integrated Arts Academy at H.O. Wheeler School.

- a) If my child needs transportation as indicated below, I consent to having CHCB schedule SSTA transportation to take my child to and from the H.O. Wheeler School for dental services, at no cost to me. CHCB may disclose information about my children's need for transportation and payment purposes.
b) I agree that SSTA may seek reimbursement from Medicaid for such transportation services.

If My Child is Seen at the End of the School Day, My Child:

- checkbox Should be transported home.
checkbox May leave under their own supervision.
checkbox May walk home with their siblings named _____
checkbox May walk home with a friend(s) named _____
checkbox Should be transported to babysitter / child care provider named _____ located at _____ with this telephone number _____
checkbox Should be transported home and dropped only if one of these adults is present: _____

I (parent or guardian name), _____ have read the above material and understand its meaning. My signature below is an acknowledgment that I have reviewed this form, understand the information and consent to all of the actions described above. My signature also attests to the accuracy of the information provided on both sides of this form.

(Signature of parent/guardian) (Date)

checkbox Interpretation or Translation offered and understood.

(Signature of person completing form if not parent/guardian) (Contact number)

स्कूलमा आधारित दन्त सेवा केन्द्रमा सहभागी हुनुभन्दा अगाडि भर्नुपर्ने

सेवाको प्रावधानको लागि मञ्जुरीनामा

स्कूलमा आधारित दन्त सेवा केन्द्रमा CHCB ले मेरो बच्चालाई निम्नानुसार भेट गर्नमा मेरो मञ्जुरी छ:

- मेरो बच्चालाई दन्त सेवा आवश्यक परेको अवस्थामा
- मैले विशेष लिखित अनुमति दिएको अवस्थामा मात्र (मेडिकल, दन्त वा व्यवहारजन्य स्वास्थ्य आपत्कालीन अवस्थामा बाहेक)
- म उपस्थित भएको अवस्थामा मात्र (मेडिकल, दन्त वा व्यवहारजन्य स्वास्थ्य आपत्कालीन अवस्थामा बाहेक)

आपत्कालीन सम्पर्क/स्वास्थ्य स्थिति वा संरक्षकत्वमा परिवर्तन

म यस कुरामा पनि सहमत छु कि निम्न कुराहरूको सूचना स्कूलमा आधारित दन्त सेवा केन्द्रलाई तत्काल लिखित रूपमा गर्नेछु :

- 1) मेरो बच्चाको शारीरिक तथा दन्त स्वास्थ्यमा कुनै पनि परिवर्तन आएमा र
- 2) मेरो बच्चाको संरक्षकत्व वा अभिभावकत्वमा आएको कुनै पनि परिवर्तन जसले मेरो बच्चाको लागि यो मञ्जुरीनामा प्रदान गर्ने मेरो क्षमतामा प्रभाव पार्नेछ।

H.O.ट्रिबलर स्कूलमा अवस्थित इन्टिग्रेटेड आर्ट्स अकाडमीमा रहेको स्कूलमा आधारित दन्त सेवा केन्द्रसम्म

पुर्याउन/लान यातायात सम्बन्धी मञ्जुरीनामा

H.O.ट्रिबलर स्कूलमा अवस्थित इन्टिग्रेटेड आर्ट्स अकाडमीमा रहेको स्कूलमा आधारित दन्त सेवा केन्द्रमा प्राथमिक, निम्नमाध्यमिक तथा माध्यमिक तहका विद्यार्थीहरूलाई दन्त सेवा प्रदान गरिन्छ। बर्मोन्ट प्रान्तले SSTA सँग मेडिकल एड योग्य विद्यार्थीहरूलाई बर्लिङ्टनका स्कूलहरू र H.O.ट्रिबलर स्कूलमा अवस्थित इन्टिग्रेटेड आर्ट्स अकाडमीमा रहेको स्कूलमा आधारित दन्त सेवा केन्द्रसम्म पुर्याउन/लानको लागि SSTA सँग यातायात सेवा उपलब्ध गराउने सम्बन्धी करार गरेको छ।

- क) यदि मेरो बच्चालाई तल इङ्गित गरिए बमोजिम यातायातको सुविधा चाहिएमा CHCB ले मेरो बच्चालाई दन्त सेवाको लागि H.O.ट्रिबलर स्कूलसम्म पुर्याउन/लानको लागि मलाई कुनै शुल्क नलाग्ने गरी यातायातको व्यवस्था गरिदिनेमा मेरो मञ्जुरी छ। CHCB ले मेरो बच्चाको आवश्यकता यातायात र भुक्तानी प्रयोजनको लागि खुलासा गर्न सक्नेछ।
- ख) SSTA ले त्यस्तो यातायात सेवाको लागि मेडिकल एडबाट प्रतिपूर्ति माग गरेमा मेरो मञ्जुरी छ।

यदि मेरो बच्चालाई स्कूल सकिएपछि दन्त सेवाको लागि लागिएमा, मेरो बच्चा :

- घरसम्मै पुर्याइदिनुपर्छ।
- उनीहरूको आफ्नै रेखदेखमा छोड्न सकिन्छ।
- उनको _____ नाम गरेको सहोदर दाजु/दिदीसँग हिँडेर घर आउन सक्नेछन्।
- उनको _____ नाम गरेका साथी(हरू)सँग हिँडेर घर आउन सक्नेछन्।
- _____ मा अवस्थित टेलिफोन नंबर _____ रहेको _____ नामको बेबिसिटर (बच्चा हेर्ने) / बाल स्याहार प्रदायकको मा पुर्याइदिनुपर्नेछ।
- घरसम्म पुर्याइदिएर यीमध्ये कुनै पनि वयस्क उपस्थित भएमा मात्र छोडिदिनुपर्नेछ :

म (अभिभावक वा संरक्षकको नाम) _____ ले माथिको सामग्री पढेर त्यसको अर्थ बुझेको छु। तल मैले गरेको हस्ताक्षरले के कुरा पुष्टि गर्दछ भने मैले यो फारम राम्ररी अध्ययन गरेको छु, विवरणहरू बुझेको छु र माथि उल्लेख गरिएका सबै कार्यहरूमा मञ्जुरी प्रदान गर्दछु। मेरो हस्ताक्षरले यो फारमको दुवैतिर उपलब्ध गराइएका विवरणहरू सही भएको पनि पुष्टि गर्दछ।

(अभिभावक/संरक्षकको हस्ताक्षर)

(मिति)

- दोभाषे वा अनुवादकको सेवा उपलब्ध गराइएको र बुझिएको।

(अभिभावक/संरक्षक नभए फारम भर्नेको सहीछाप)

(सम्पर्क नंबर)



Student's Name: _____ Student's Date of Birth: _____
(Last) (First) (MI)

Medical/Dental History Form

Consent to Treatment and Consent to Release of Health Information

for Treatment, Payment and Health Care Operations

I. Consent to 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; and/or mental health and drug and alcohol screening, assessment, diagnosis and treatment. I further understand this Consent covers only dental services provided at the School-Based Dental Center at the Integrated Arts Academy at H.O. Wheeler School and at the Community Health Centers of Burlington (CHCB). I understand CHCB will protect the privacy of my child's health and educational records to the extent required by federal and state law. I understand that a picture of my child will be taken for identification purposes only and kept within CHCB Records.

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 and other treatment and health records and information (such health records and information are referred to in this Consent as my "Health Information") by CHCB for the following purposes:

A. Use of Health Information By or For CHCB for Treatment and for Health Care Operations:

- Providing treatment by CHCB staff;
• Conducting health care operations of CHCB including, for example, financial or quality assurance audits and training.

B. Disclosure of Health Information to Persons Outside CHCB for Treatment Purposes and for Payment

- Providing all necessary Health Information as determined by CHCB, including information about treatment for drug or alcohol abuse, to any of the following health providers if I am referred there for treatment: 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.
• Providing Health Information to other health providers or agencies not listed above who may be involved in my care (except for information concerning treatment for drug or alcohol abuse for which a separate consent is required);
• Obtaining payment for health care bills, including sending such Health Information as is needed to secure payment for CHCB services to the insurance company, worker's compensation company or agency that pays for my health services, as identified in my CHCB Registration form or other updated insurance information on file with CHCB.
• School-Based Dental Program may share treatment and health information with Burlington School District social workers, school health personnel, counselors, principal, SSTA and Community Health Centers of Burlington (CHCB).

III. Other Matters

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 use or disclosure of my Health Information for the purposes described in this Consent and that CHCB may or may not agree to the requested 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.

(Signature of parent/guardian) (Date) _____ (Signature of dentist reviewing history) (Date)

Interpretation or Translation offered and understood.

(Signature of person completing form if not parent/guardian) (Contact number)

उपचारको लागि सहमति र उपचार, भुक्तानी र स्वास्थ्य सेवा सञ्चालनको लागि

स्वास्थ्य विवरण खुलासाको लागि सहमति

I. उपचारको लागि सहमति

म यसैसाथ मेरो वा नामाङ्कित विरामी (जसको म आमाबाबु वा कानुनी अभिभावक हुँ, जोसँग नामाङ्कित विरामीको उपचारको लागि सहमति प्रदान गर्ने अधिकार छ) को उपचारको लागि बर्लिङ्टन सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, इङ्क. (CHCB) लाई आफ्नो सहमति प्रदान गर्दछु। उपचारमा स्वास्थ्य परीक्षण, रोग निदान, चिकित्सकीय उपचार, दन्त सेवा; र/वा मानसिक स्वास्थ्य र लागू औसध र मदिरा जाँच, मूल्याङ्कन र उपचार पर्न सक्छन्।

मैले यो पनि बुझेको छु कि यो मञ्जुरीनामाले H.O. हिवलर स्कूलमा अवस्थित इन्टिग्रेटेड आर्ट्स अकाडमी र बर्लिङ्टन सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रहरू (CHCB) मा रहेका स्कूलमा आधारित दन्त सेवा केन्द्रमा प्रदान गरिने दन्त सेवाहरूको लागि मात्र लागू हुनेछ। म बुझ्छु कि CHCB ले संघीय तथा प्रान्तीय कानून बमोजिम पालना गर्नुपर्ने हदसम्म मेरो बच्चाको स्वास्थ्य र शैक्षिक रेकर्डहरूको गोपनीयताको संरक्षण गर्नेछ। म बुझ्छु कि पहिचानको प्रयोजनको लागि मात्र मेरो बच्चाको तस्बिर लिइनेछ र CHCB रेकर्डमा मात्र सीमित राखिनेछ।

II. उपचार, भुक्तानी र स्वास्थ्य सेवा सञ्चालनका लागि स्वास्थ्य/उपचार अभिलेख लगायत स्वास्थ्य सम्बन्धी विवरण खुलासाको लागि सहमति

म यसैसाथ CHCB लाई मेरो (वा नामाङ्कित विरामीको, जसको लागि म आमाबाबु वा कानुनी अभिभावक हुँ) मेडिकल, दन्त, लागू औसध तथा मदिरा, मानसिक स्वास्थ्य तथा अन्य उपचार र स्वास्थ्य सम्बन्धी अभिलेख र विवरण (यस सहमतिमा त्यस्ता स्वास्थ्य सम्बन्धी अभिलेख र विवरणलाई "स्वास्थ्य विवरण" भनिएको) CHCB भित्र प्रयोग गर्न र CHCB भन्दा बाहिरका व्यक्ति वा संघ-संस्थालाई निम्न प्रयोजनको लागि खुलासा गर्ने अनुमति प्रदान गर्दछु:

A. उपचार र स्वास्थ्य सेवा सञ्चालनको लागि CHCB द्वारा वा CHCB को लागि स्वास्थ्य विवरणको प्रयोग:

- CHCB कर्मचारीद्वारा उपचार गराउँदा;
- CHCB को स्वास्थ्य सेवा सञ्चालन गर्दा, जस्तो वित्तीय वा गुणस्तर निर्धारण लेखा परीक्षण र प्रशिक्षण प्रदान गर्दा।

B. उपचार प्रयोजन र भुक्तानीको लागि CHCB भन्दा बाहिरका व्यक्तिलाई स्वास्थ्य विवरण खुलासा

- यदि मलाई उपचारको लागि निम्न स्वास्थ्य सेवा प्रदायक मध्ये कुनैमा रिफर गरियो भने सो प्रदायकलाई CHCB ले निर्धारण गरे अनुसार लागू औसध वा मदिरा दुर्व्यसनको उपचार लगायत सबै आवश्यक स्वास्थ्य विवरण उपलब्ध गराउने: वर्मन्ट विश्वविद्यालय चिकित्सा केन्द्र, एलर्जी एण्ड आस्थमा असोसियेट्स, च्याम्प्लेन भ्याली फूट एण्ड याङ्कल, असोसियेट्स इन अर्थोपेडिक सर्जरी, याप्पलट्री बे फिजिकल थेरापी, फोर सिजन्स डर्माटोलोजी, इभोलुसन फिजिकल थेरापी एण्ड योगा, ह्याण्ड सर्जरी असोसियेट्स, ग्रिन माउन्टेन फिजिकल थेरापी, वा द रिह्याब जिम।
- माथि उल्लेख नगरिएका तर मेरो स्वास्थ्योपचारमा संलग्न हुन सक्ने स्वास्थ्य सेवा प्रदायक वा निकायलाई स्वास्थ्य विवरण उपलब्ध गराउने (लागू औसध वा मदिरा दुर्व्यसनको उपचार सम्बन्धी विवरण बाहेक, जसको लागि छुट्टै सहमति आवश्यक पर्दछ);
- स्वास्थ्य उपचारको बिल भुक्तानी प्राप्त गर्दा, CHCB ले सेवा वापत भुक्तानी प्राप्त गर्न त्यस्तो स्वास्थ्य विवरण मेरो CHCB दर्ता फाराम वा CHCB मा रहेको फाइलमा भएका अन्य अद्यावधिक बीमा सम्बन्धी विवरणमा पहिचान गरिए अनुरूपका मेरो स्वास्थ्य उपचारको लागि बिल भुक्तानी गरिदिने बीमा कम्पनी, कामदार क्षतिपूर्ति कम्पनी वा निकायलाई त्यस्तो स्वास्थ्य विवरण पठाउने लगायत।
- स्कूलमा आधारित दन्त सेवा कार्यक्रमले उपचार तथा स्वास्थ्य विवरण बर्लिङ्टन स्कूल डिस्ट्रिक्ट सामाजिक कर्मचारी, स्कूल स्वास्थ्यकर्मी, परामर्षदाता, प्रधानाध्यापक, SSTA र बर्लिङ्टन सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रहरू (CHCB) लाई प्रदान गर्न सक्छ।

III. अन्य विषयहरू

कुनै पनि समय यो सहमति रद्द गर्ने मेरो अधिकार सुरक्षित छ तर यस सहमति रद्द गर्नाले यसलाई रद्द गर्नुभन्दा अगाडि यस सहमतिमा आधारित रहेर CHCB ले गरेका कुनै कारवाहीमा असर पर्ने छैन भन्ने कुरा मैले बुझेको छु। यदि पहिले नै रद्द गरिएको छैन भने यो सहमति निम्न मिति, घटना, वा अवस्थामा समाप्त हुनेछ: _____

यदि कुनै सर्त इङ्गित नगरिएको अवस्थामा मलाई प्राप्त भएको सेवाको अन्तिम मितिबाट तीन वर्षमा यो सहमति समाप्त हुनेछ।

म यस सहमतिमा व्याख्या गरिएका प्रयोजनको लागि मेरो स्वास्थ्य विवरणको प्रयोग र वितरणमा सीमा तोक्न निवेदन गर्न सक्छु र निवेदन गरिएको सीमालाई CHCB ले मान्न या नमान्न सक्छ भन्ने कुरा मैले बुझेको छु। स्वास्थ्य विवरणको प्रयोग र खुलासामा CHCB ले स्वीकार गरेका ती सीमा बाहेक, CHCB ले यस हस्ताक्षरित सहमति बेगर मलाई (वा नामाङ्कित विरामीलाई) सेवा उपलब्ध गराउन सक्ने छैन भन्ने कुरा पनि बुझेको छु।

(अभिभावक/संरक्षकको हस्ताक्षर) (मिति)

(विवरणको समीक्षा गर्ने दन्तचिकित्सकको हस्ताक्षर) (मिति)

दोभाषे वा अनुवादकको सेवा उपलब्ध गराइएको र बुझिएको।

(अभिभावक/संरक्षक नभए फाराम भर्नेको सहीछाप)

(सम्पर्क नंबर)



Student's Name: _____ Student's Date of Birth: _____
(Last) (First) (MI)

Medical/Dental History Form

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 have read the Consent to Treatment & Consent to Release of Health Information and I understand and consent to its content.

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.

Assignment of Benefits

I hereby assign to CHCB any and all payments to which I am entitled under Medicaid or any health insurance policy for health care, behavioral health, or dental health services rendered to me by CHCB as long as the charges for services by CHCB do not exceed CHCB's regular charges. I further authorize CHCB to bill and receive payment directly from Medicaid 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 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 primary health care, behavioral health, or dental health services.

Patients at the Community Health Centers of Burlington consent to disclosure of information for purposes of treatment, payment, and health care operations. Patient may consent to receipt or disclosures of health care information for other purposes as well.

Patients requesting information in regards to drug and alcohol counseling/treatment need to complete a separate authorization. No drug and alcohol information will be given without this permission.

I hereby acknowledge that I have been offered a copy of the Notice of Privacy Practices and understand how CHCB may and may not 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.

E-mail addresses and mobile phone numbers will not be sold to a third party or used for marketing purposes.

Name of Patient: _____ Date of Birth _____

Patient Signature: _____ Date: _____

Parent/Guardian: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Interpretation or Translation offered and understood.

(Signature of person completing form if not parent/guardian)

(Contact number)

CHCB मा मेरो उपचारबाट उत्पन्न भुक्तानी हुन बाँकी रकमको जिम्मेवारी मैले व्यहोर्नुपर्नेछ भन्ने कुरा मैले बुझेर स्वीकार गर्दछु।

मैले बुझ्न सक्ने हदसम्म, मैले उपलब्ध गराएको जनसांख्यिकीय विवरण सत्य र सही छ भन्ने मैले बुझेको छु।

मैले उपचारको लागि सहमति र स्वास्थ्य विवरण खुलासा गर्ने सहमति पढेको छु र यसमा समावेश गरिएका सर्तहरू बुझेर यसमा सहमत छु।

म यसैसाथ स्वीकार गर्दछु कि मलाई CHCB को भुक्तानी अपेक्षा सम्बन्धी कागजात दिइएको छ र म यी अपेक्षाहरूलाई बुझेर सहमति जनाउँछु।

लाभको निर्दिष्टीकरण

म यसैसाथ मैले CHCB बाट प्राप्त गर्ने स्वास्थ्य सेवा, व्यवहारजन्य स्वास्थ्य, वा दन्त स्वास्थ्य सेवाको लागि CHCB बाट उपलब्ध सेवा शुल्क CHCB को नियमित शुल्कभन्दा धेरै नभएको हदसम्म मेडिकएड वा अन्य कुनै स्वास्थ्य बीमा योजनाबाट मैले प्राप्त गर्नुपर्ने कुनै पनि वा सबै भुक्तानी CHCB लाई निर्दिष्ट गर्दछु। त्यसको साथसाथै, म CHCB ले प्रदान गरेका ती सेवाको लागि र मैले प्राप्त गर्नुपर्ने बीमाकृत राशीको लागि CHCB ले सिधै मेडिकएड वा मेरो बीमक (हरू) को नाममा बीजक उठाउने र उनीहरूबाट भुक्तानी प्राप्त गर्ने अधिकार प्रदान गर्दछु। म CHCB लाई मैले प्राथमिक स्वास्थ्योपचार, व्यवहारजन्य स्वास्थ्य, वा दन्त स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गरेको वा गरिरहेको त्यस्तो अवधिभित्र सेवा उपलब्ध गराए वापत बीजक प्रयोजनको लागि कुनै पनि सूचना/विवरण मेडिकएड वा मेरा स्वास्थ्य बीमक (हरू) लाई दिने पनि अधिकार प्रदान गर्दछु।

बर्लिङ्टन सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रका बिरामीहरूले उपचार, भुक्तानी र स्वास्थ्य सेवा सञ्चालन प्रयोजनको लागि सूचना वितरणको लागि सहमति प्रदान गर्दछन्। बिरामीहरूले अन्य प्रयोजनको लागि पनि स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी विवरण प्राप्त गर्ने वा वितरण गर्ने सहमति प्रदान गर्न सक्छन्।

लागू औसध र मदिरा दुर्व्यसन परामर्ष/उपचार सम्बन्धी सूचना माग गर्ने बिरामीहरूले छुट्टै अधिकारपत्र (अथराइजेसन) भर्नुपर्छ। यस सहमतिको आधारमा लागू औसध र मदिरा दुर्व्यसन सम्बन्धी कुनै पनि विवरण दिइने छैन।

म यसैसाथ गोपनीयता सम्बन्धी अभ्यासहरूको सूचना दिइएको कुरा स्विकार्दछु र गोपनीयता सम्बन्धी कानून अनुरूप CHCB ले कसरी मेरो सुरक्षित स्वास्थ्य विवरण प्रयोग गर्न वा नगर्न सक्छ भन्ने कुरा मैले बुझेको छु।

बर्लिङ्टन सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, इङ्क. ले मलाई अपोन्टमेन्टको बारेमा सम्झाउन वा अन्य सूचनाहरू प्रदान गर्न मलाई सम्पर्क गर्नको लागि उपलब्ध गराइएका कुनै पनि इमेल ठेगाना वा फोन नंबर प्रयोग गर्न सक्छ। इमेल ठेगाना र मोबाइल फोन नंबरहरू तेश्रो पक्षलाई बिक्री वा बजार विस्तार गर्ने प्रयोजनको लागि प्रयोग गरिने छैन।

बिरामीको नाम: _____ जन्म मिति: _____

बिरामीको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____

आमाबाबु/अभिभावक: _____

आमाबाबु/अभिभावकको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____

भाषानुवाद वा अनुवादको सेवा उपलब्ध गराइएको र बुझेको।

(अभिभावक/संरक्षक नभए फाराम भर्नेको सहीछाप)

(सम्पर्क नंबर)