

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
☐ African-American ☐ Asian-American ☐ Caucasian/White ☐ Native American ☐ Pacific Islander ☐ Multi-Racial	☐ Male ☐ Female ☐ Transgender Male ☐ Transgender Female ☐ Other ☐ Do Not Wish To Report	☐ Lesbian or Gay ☐ Straight/Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Something Else ☐ Don't Know ☐ Do Not Wish To Report	☐ Male ☐ Female	☐ Hispanic ☐ 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)

1. تقدم مراكز الصحة المجتمعية في برلغتون (CHCB) مركز أسنان مدرسيًا رائعًا للأطفال في أكاديمية الفنون المتكاملة في H.O. Wheeler, Burlington, 6 Archibald Street, School.
2. نرحب بكل الأطفال من تلاميذ مدارس مقاطعة برلغتون أو أخوتهم، والمشاركين في Medicaid، أو د. ديناصور، أو ذوي الدخل المنخفض أو الذين ليس لديهم تأمين ولم يزوروا طبيب أسنان خلال العام الماضي. إذا كنت منخفض الدخل أو غير مؤمن، فسنساعدك على اللقاء بطاقتك خدمات التأهل لدينا للتقدم إلى البرامج و/أو برنامج Sliding-Fee Scale لدينا.
3. قم فحسب بتعبئة هذا النموذج وتوقيعه (اقرأ ظهر النموذج للترجمة إن كنت تحتاجها) وأعد النموذج إلى المدرسة. إذا كنت تحتاج إلى مساعدة في هذه العملية، فستساعدك مراكز الصحة المجتمعية في برلغتون (CHCB) على تعبئة النموذج. يرجى الاتصال بممرضة مدرستك، مسؤول ارتباط المدرسة، أو مركز أسنان CHCB على الرقم 652-1050 أو 658-4869. يرجى وضع علامة في المربع المنطبق.

ما أن يتم تسجيل طفلك، ستعتني المدرسة ومراكز الصحة المجتمعية بكل الأمور الأخرى لك. إذا لم يحضر طفلك إلى أكاديمية الفنون المتكاملة في H.O. Wheeler، يمكن الترتيب للمواصلات. تذكر أن أولياء الأمر مدعوون دائمًا إلى مواعيد الأسنان أيضًا. لم يسبق لرعاية أسنان طفلك أن كانت أسهل من ذلك!

يرجى التأكد من تعبئتك لهذا النموذج **بالكامل** والتوقيع على كل صفحة.
كل طفل يحتاج إلى نموذج تسجيل. للحصول على نموذج آخر، اتصل فحسب بأكاديمية الفنون المتكاملة على الرقم 658-4869 أو برقم الهاتف الرئيسي لمركز أسنان مراكز الصحة المجتمعية في برلغتون (CHCB) على 652-1050.

تاريخ اليوم: ____ / ____ / ____ مدرسة الطفل: ____
اسم الطفل: ____ (الأخير) ____ (الأول) ____ (حرف الأوسط) تاريخ ميلاد الطفل: ____ / ____ / ____
رقم ضمان الطفل الاجتماعي: ____ / ____ / ____ اللغة الأساسية: ____
العنوان: ____ المدينة ____ الولاية ____ الرمز البريدي ____
اسم طبيب الطفل: ____ رقم الهاتف ____ الزيارة الأخيرة ____
اسم طبيب أسنان الطفل: ____ رقم الهاتف ____ الزيارة الأخيرة ____

العرق	الجنس	التوجه الجنسي	الجنس القانوني	الإثنية/الأصل الإثني:
☐ أميركي أفريقي	☐ ذكر	☐ مثلي الجنس	☐ ذكر	☐ أسباني
☐ أميركي آسيوي	☐ أنثى	☐ سوي/متباين الجنس	☐ أنثى	☐ غير أسباني
☐ قوقازي/أبيض	☐ ذكر متحول جنسيًا	☐ ثنائي الجنس		
☐ أميركي أصلي	☐ أنثى متحولة جنسيًا	☐ شيء آخر		
☐ جزر المحيط الهادئ	☐ غير ذلك	☐ لا أعرف		
☐ متعدد الأعراق	☐ لا أود الإجابة	☐ لا أود الإجابة		

معلومات ولي الأمر/الوصي

اسم الشخص المسؤول قانونيًا عن الطفل: ____ صلة القرابة: ____
رقم المنزل: ____ رقم العمل: ____ رقم الجوال: ____ البريد الإلكتروني: ____
جهة الاتصال البديلة: ____ رقم الهاتف: ____ رقم العمل: ____
رقم المحمول: ____ صلة القرابة: ____ البريد الإلكتروني: ____

معلومات التأمين هل لدى طفلك تغطية Medicaid أم ليس لديه تأمين؟ يرجى التوضيح.

☐ رقم د. ديناصور/Medicaid ☐ ليس لديه تأمين أسنان

(التاريخ)

(توقيع ولي الأمر/الوصي)

☐ تم تقديم ترجمة شفوية أو مكتوبة وفهمها.

(رقم الاتصال)

(توقيع القائم بتعبئة النموذج إن لم يكن ولي الأمر/الوصي)

Your child's overall health, as well as any medications that your child takes could have an important impact on your child's medical/dental care.

Please answer each of the following questions completely.

Have you ever been told your child needs antibiotics prior to dental work? ☐ Yes ☐ No
Has your child had any trouble with previous dental work? ☐ Yes ☐ No

If yes, please explain: _____

Medical History

Does your child have any of the following diseases or problems? If **yes** please check the corresponding box:

YES	NO		YES	NO	
☐	☐	Asthma	☐	☐	Convulsions/Epilepsy
☐	☐	Cancer	☐	☐	Tuberculosis
☐	☐	Hepatitis	☐	☐	Abnormal Bleeding
☐	☐	HIV/AIDS	☐	☐	Sinus Trouble
☐	☐	Hemophilia	☐	☐	Anemia
☐	☐	Diabetes	☐	☐	Rheumatic Fever
☐	☐	Allergies	☐	☐	Handicap/Disability
☐	☐	Congenital Heart Defect	☐	☐	Heart Murmur Antibiotic needed per Dr. _____

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

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

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

Is your child allergic to or had a bad reaction to any of the following?

YES	NO		YES	NO	
☐	☐	Local anesthetics (Novocain)	☐	☐	Penicillin or other antibiotics
☐	☐	Latex	☐	☐	Sedatives, barbiturates, or sleeping pills
☐	☐	Aspirin	☐	☐	Iodine
☐	☐	Codeine or other narcotics	☐	☐	Other: _____

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)

(Signature of dentist reviewing history)

(Date)

☐ Interpretation or Translation offered and understood.

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

(Contact number)

Parents are encouraged to attend their child's appointments. For questions about dental services or to reschedule your child's dental appointment call 24 hours prior to appointment time at the Integrated Arts Academy at 658-4869 or CHCB's Dental Center's main telephone number 652-1050. Late arrival to your appointment may require rescheduling.

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:

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

- ☐ May walk home with their siblings named _____
- ☐ May walk home with a friend(s) named _____
- ☐ Should be transported to babysitter / child care provider named _____ located at _____ with this telephone number _____
- ☐ 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)

☐ Interpretation or Translation offered and understood.

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

(Contact number)

ينبغي تعبئته قبل المشاركة في مركز الأسنان المدرسي

الموافقة على توفير الخدمات

أنا أسمح مراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHCB) بمقابلة طفلي في مركز الأسنان المدرسي:

- ☐ وقتما يحتاج طفلي إلى رعاية أسنان
- ☐ فقط حين أمنح إذنًا كتابيًا محددًا (باستثناء في حالة الطوارئ الطبية أو طوارئ الأسنان أو طوارئ الصحة السلوكية)
- ☐ فقط حين أمنح إذنًا كتابيًا محددًا (باستثناء في حالة طوارئ الأسنان أو طوارئ الصحة السلوكية)

جهة اتصال الطوارئ/التغيرات في الحالة الصحية أو الوصاية

كما أنني أوافق على إبلاغ طاقم مركز الأسنان المدرسي فورًا وكتابيًا

- (1) بأي تغيير في صحة طفلي الجسدية أو صحة أسنانه
- (2) بأي تغيير في وصاية طفلي تؤثر على قدرتي على تقديم هذه الموافقة بالنيابة عن طفلي

الموافقة المتعلقة بالمواصلات إلى ومن مركز الأسنان المدرسي في أكاديمية الفنون المتكاملة في مدرسة H.O. Wheeler

يتم توفير خدمات الأسنان لطلاب المراحل الابتدائية والمتوسطة والثانوية في مركز الأسنان المدرسي في أكاديمية الفنون المتكاملة في مدرسة H.O. Wheeler. لقد تعاقدت ولاية فيرمونت مع SSTA لتوفير خدمات المواصلات للطلاب المؤهلين لتغطية Medicaid إلى ومن مدارس برلنغتون ومركز الأسنان المدرسي في أكاديمية الفنون المتكاملة في مدرسة H.O. Wheeler.

- (a) إذا احتاج طفلي إلى المواصلات كما هو موضح أدناه، فأنا أوافق على أن تحدد مراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHCB) مواصلات SSTA لاصطحاب طفلي إلى ومن مدرسة H.O. Wheeler لخدمات الأسنان مجانًا. يمكن أن تفصح مراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHCB) عن المعلومات المتعلقة باحتياج طفلي لأغراض المواصلات والساد.
- (b) أنا أوافق على أن SSTA يمكن أن تحصل على المقابل من Medicaid لخدمات النقل المماثلة.

إذا تمت مقابلة طفلي في نهاية اليوم المدرسي، فإن طفلي:

- ☐ يمكن أن يسير إلى المنزل مع أشقائه المذكورين
- ☐ يمكن أن يسير إلى المنزل مع صديقه/أصدقائه المذكورين
- ☐ ينبغي أن تصاحبه مربية أطفال/مزود رعاية أطفال واسمها/اسمه
- في العنوان _____ ورقم الهاتف هذا _____
- ☐ ينبغي إيصاله إلى المنزل وتسليمه فقط في حال كان أحد هؤلاء البالغين متواجدًا:

لقد قمت أنا (اسم ولي الأمر أو الوصي) _____ بقراءة المادة السابقة وقد فهمت معناها. ويمثل توقيعني أدناه إقرارًا بمراجعتي لهذا النموذج وفهمي للمعلومات والموافقة على كل الأعمال الموضحة أعلاه. كما يؤكد توقيعني دقة المعلومات المزودة على كلا وجهي هذا النموذج.

(التاريخ)

(توقيع ولي الأمر/الوصي)

☐ تم تقديم ترجمة شفوية أو مكتوبة وفهمها.

(رقم الاتصال)

(توقيع القائم بتعبئة النموذج إن لم يكن ولي الأمر/الوصي)

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)

الموافقة على العلاج والموافقة على الإفصاح عن المعلومات الصحية للعلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية

I. الموافقة على العلاج

أنا أمنح 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 الفرز الصحي والتشخيص والعلاج الطبي ورعاية الأسنان والخدمات الاجتماعية و/أو الصحة الذهنية، وتشخيص المخدرات والكحول وتقييمها وعلاجها. كما أنني أفهم أن هذه الموافقة تغطي فقط خدمات الأسنان المزودة في مركز الأسنان المدرسي في أكاديمية الفنون المتكاملة في مدرسة H.O. Wheeler ومراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHCB). أنا أفهم أن مراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHCB) ستحمي خصوصية سجلات طفلي الصحية والتعليمية إلى الدرجة التي يفرضها القانون الفيدرالي وقانون الولاية. أنا أفهم أنه سيتم التقاط صورة لطفلي لأغراض تحديد الهوية فقط والاحتفاظ بها في سجلات مراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHCB).

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

أنا أوافق على استخدام سجلات علاجي وسجلاتي الصحية والمعلومات (مثل السجلات الصحية والمعلومات المشار إليها في هذه الموافقة باسم "معلوماتي الصحية") والإفصاح عنها ضمن CHCB إلى الأشخاص أو المنظمات خارج CHCB بواسطة CHCB للأغراض التالية:

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

- توفير العلاج بواسطة طاقة CHCB
- القيام بعمليات الرعاية الصحية من CHCB، مثل التدقيقات والتدريب المالي أو ضمان الجودة

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

- تقديم كل المعلومات الصحية اللازمة كما تحددها مراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHCB)، بما فيها المعلومات المتعلقة بالعلاج من إدمان المخدرات أو الكحول، إلى أي من المزمدين الصحيين التاليين في حال إحالتي إليهم للعلاج: المركز الطبي في جامعة فيرمونت، مركز الحساسية والربو، مركز تشامبلين فالي للقدم والكاحل، مركز جراحة العظام، أبلتري باي للعلاج الطبيعي، فورسيزونز للأمراض الجلدية إيفوليوشن للعلاج الطبيعي واليوجا، مركز جراحة اليد، غرين ماونتن للعلاج الطبيعي، أو صالة إعادة التأهيل الرياضية.
- توفير المعلومات الصحية إلى المزمدين 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)
- الحصول على الدفع مقابل فواتير الرعاية الصحية، بما في ذلك إرسال المعلومات الصحية المماثلة حسب الحاجة إلى وسيلة دفع آمنة مقابل خدمات CHCB إلى شركة التأمين، شركة تعويض العمال، أو الوكالة التي تدفع مقابل خدماتي الصحية، كما هو محدد في نموذج تسجيل CHCB أو معلومات التأمين المحدثة الأخرى المسجلة في ملفي لدى CHCB.
- يمكن لبرنامج الأسنان المدرسي مشاركة معلومات العلاج والمعلومات الصحية مع العاملين الاجتماعيين في مقاطعة مدارس برلنغتون، وموظفي الصحة المدرسية، والمستشارين، والمدير، وSSTA ومراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHCB).

III. الأمور الأخرى

أنا أفهم أن لدي الحق في إبطال هذه الموافقة في أي وقت، إلا أن إبطال هذه الموافقة لن يؤثر على أي أعمال قامت بها مراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHCB) بناءً على هذه الموافقة قبل إبطالي لها. إذا لم أبطل هذه الموافقة سابقاً، فإنها ستنتهي في التاريخ أو الحدث أو الحالة التالية:

إذا لم تتم الإشارة إلى نهاية محددة، ستنتهي هذه الموافقة بعد ثلاث سنوات من آخر تاريخ خدمات 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.

(التاريخ)

(توقيع طبيب الأسنان القائم بمراجعة التاريخ)

(التاريخ)

(توقيع ولي الأمر/الوصي)

☐ تم تقديم ترجمة شفوية أو مكتوبة وفهمها.

(رقم الاتصال)

(توقيع القائم بتعبئة النموذج إن لم يكن ولي الأمر/الوصي)



Child's Name: _____ Child'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.

How did you hear about us? ☐ Parent/Friend ☐ School Nurse ☐ Tooth Tutor ☐ CHCB Referral

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)

نموذج التاريخ الطبي/تاريخ الأسنان

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.

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

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.

تعيين المنافع

أنا أعين بموجب هذا إلى مراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHCB) أي وكل الدفعات المستحقة لي طبقاً لتغطية Medicaid أو أي بوليصة تأمين صحية لخدمات الرعاية الصحية أو الصحة السلوكية أو صحة الأسنان المقدمة إلى من قبل مراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHCB) طالما كانت رسوم الخدمات التي تقدمها مراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHCB) لا تتجاوز الرسوم المعتادة لمراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHCB). كما أنني أسمح لمراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHCB) بتقديم الفاتورة وتلقي الدفع مباشرة من Medicaid أو من جهات تأميني لتلك الخدمات التي قدمتها مراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHCB) والتي يمكن أن تكون مستحقة لي طبقاً للتغطية التأمينية. وأسمح لمراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHCB) بأن تقدم إلى Medicaid أو جهات تأميني الصحي أي معلومات لازمة لأغراض الفواتير مقابل الخدمات المزودة لتلك الفترات التي تلقيت أو أتلقى فيها خدمات رعاية صحية أساسية أو صحة سلوكية أو صحة أسنان.

يوافق المرضى في مراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون على الإفصاح عن المعلومات لأغراض العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية. يمكن للمريض الموافقة على تلقي معلومات الرعاية الصحية أو الإفصاح عنها لأغراض أخرى أيضاً.

يحتاج المرضى الذين يطلبون معلومات تتعلق باستشارة/علاج المخدرات والكحول إلى تعبئة إذن منفصل. لن يتم تقديم أي معلومات مخدرات وكحول دون هذا الإذن.

أنا أقر بموجب هذا أنه قد عُرضت علي نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية وأنني 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. لن يتم بيع عناوين البريد الإلكتروني وأرقام الهواتف المحمولة إلى طرف ثالث أو استخدامها لأغراض التسويق.

كيف سمعت عنا؟ ☐ ولي أمر/صديق ☐ ممرضة المدرسة ☐ معلم أسنان خاص ☐ إحالة CHCB

اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: _____

توقيع المريض: _____ التاريخ: _____

ولي الأمر/الوصي: _____

توقيع ولي الأمر/الوصي: _____ التاريخ: _____

☐ تم تقديم ترجمة شفوية أو مكتوبة وفهمها.

(رقم الاتصال)

(توقيع القائم بتعبئة النموذج إن لم يكن ولي الأمر/الوصي)



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

Important Information About Silver Diamine Fluoride

Silver Diamine Fluoride (SDF): Is an antibiotic liquid. We apply it to teeth to help STOP tooth decay. SDF causes the decay to turn black; ONLY THE DECAYED area will turn black. Healthy tooth structure will not be affected. In some cases the tooth may not require any additional dental treatment.

Benefits of using SDF:

- Patient does not need to get a shot, no numbing medicine needed! Application of SDF is painless as it is brushed onto the tooth surface just like regular fluoride!
- Painless and easy to apply!

Disadvantages of SDF:

- Stains location of decay a "black/brown" color.
- Most effective with multiple applications.
- The teeth treated may still need routine dental treatment in the future (fillings, extraction) depending on the extent of decay.

I am the Parent/Guardian of: **Name** _____ **DOB** _____. I have read the above information and understand its meaning.

My signature below is an acknowledgement that I have reviewed this form, understand the information, and consent to all of the actions listed above. My signature also attests to the accuracy of the information provided on this form.

Signature of Parent/Guardian _____ Date _____

معلومات هامة عن فلوريد ثنائي أمين الفضة

فلوريد ثنائي أمين الفضة (SDF): هو سائل مضاد حيوي. يوضع على الأسنان للمساعدة في منع تسوس الأسنان. يؤدي SDF إلى تحول التسوس إلى اللون الأسود؛ تتحول المنطقة المسوسة فقط إلى اللون الأسود. لن تتأثر بنية الأسنان الصحية. في بعض الحالات، قد لا يحتاج السن إلى أي علاج إضافي للأسنان.

فوائد استخدام SDF:

- لا يحتاج المريض إلى الحصول على حقنة، ولا حاجة إلى دواء تخدير! إن استخدام SDF غير مؤلم حيث يتم وضعه بالفرشاة على سطح السن تمامًا مثل الفلوريد العادي!
- بدون ألم وسهل الاستخدام!

عيوب SDF:

- تلطخ موقع التسوس باللون "الأسود/البنّي".
- أكثر فعالية مع الاستخدامات المتعددة.
- قد تظل الأسنان التي تم علاجها بحاجة إلى علاج روتيني للأسنان في المستقبل (مثل الحشو، وقلع السن) وفقًا لمدى التسوس.

أنا ولي أمر/الوصي على: الاسم تاريخ الميلاد _____
لقد قرأت المعلومات الواردة أعلاه وفهمت معناها.

إن توقيعني أدناه هو إقرار بأنني قد راجعت هذا النموذج وفهمت المعلومات الواردة فيه، وأوافق على جميع الإجراءات المذكورة أعلاه. كما يشهد توقيعني على دقة المعلومات الواردة في هذا النموذج.

توقيع ولي الأمر/الوصي _____ التاريخ _____