



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	NICKNAME/CHOSEN NAME	
STREET ADDRESS		CITY		STATE	ZIP	
SOCIAL SECURITY #		DATE OF BIRTH	HOME PHONE		DAY PHONE	CELL PHONE
EMAIL ADDRESS				PREFERRED CONTACT METHOD <input type="checkbox"/> PHONE <input type="checkbox"/> EMAIL <input type="checkbox"/> TEXT MESSAGE		
MARITAL STATUS <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Civil Union		RACE <input type="checkbox"/> African-American <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Asian-American <input type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> Caucasian/White <input type="checkbox"/> Multi-racial		Primary Language if Not English: _____ Do You Need Interpreter Services? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Ethnicity/Ethnic Origin: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic		
Primary Care Physician		AGRICULTURAL WORKER <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Seasonal		Are You a U.S. Veteran? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		FAMILY FINANCIAL INFORMATION Family/Household Size: _____ Household Income: \$ _____ <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Annually <input type="checkbox"/> Biweekly <input type="checkbox"/> Refused <input type="checkbox"/> Monthly
LEGAL SEX <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	CURRENT GENDER <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	GENDER IDENTITY <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> TRANSGENDER MALE (Female-to-Male/FTM) <input type="checkbox"/> TRANSGENDER FEMALE (Male-to-Female/MTF) <input type="checkbox"/> GENDERQUEER <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/> CHOOSE NOT TO DISCLOSE		SEXUAL ORIENTATION <input type="checkbox"/> STRAIGHT or HETEROSEXUAL <input type="checkbox"/> LESBIAN, GAY or HOMOSEXUAL <input type="checkbox"/> BISEXUAL <input type="checkbox"/> SOMETHING ELSE <input type="checkbox"/> DON'T KNOW <input type="checkbox"/> CHOOSE NOT TO DISCLOSE		As a Health Center that receives Federal funding, we are required to collect this information. All answers are confidential.
PRONOUNS (Optional): _____						
HOUSING STATUS Are You Homeless? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If homeless, are you: <input type="checkbox"/> Doubling Up (living with others) <input type="checkbox"/> Shelter <input type="checkbox"/> Street <input type="checkbox"/> Transitional <input type="checkbox"/> Unknown						

PREFERRED PHARMACY

PHARMACY NAME	PHARMACY LOCATION
---------------	-------------------

EMERGENCY CONTACT

NAME	RELATIONSHIP	PHONE NUMBER
------	--------------	--------------

RESPONSIBLE PARTY INFORMATION (Any patient under 18 must have a responsible party)

☐ Patient (18 years or older) ☐ Custodial Parent ☐ Guardian (proof of legal status required for treatment)

LAST NAME	FIRST NAME	MI
-----------	------------	----

STREET ADDRESS	CITY	STATE	ZIP
----------------	------	-------	-----

DATE OF BIRTH	HOME PHONE
---------------	------------

DENTAL INSURANCE INFORMATION

- ☐ 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: _____

د ثبت/داخلیدو نیټه: ____/____/____
ستایف لومبېرې: _____



community
health centers
OF BURLINGTON

☐ ریور ساید ☐ سیف ہاربر ☐ پرل سٹیٹ ☐ South End ☐ جمیلین ٹاپوان ☐ ہنبہ صحت ☐ وینوسکی خاندان

د مريض معلومات		مهرباني وکړندا فورمه يوازې په تور يا نيلي قلم (ډکه کړئ).	
آخري نوم		لومړی نوم	
MI		تخلص / پښوڅ کړی نوم	
د څوڅي اېدرس		ښار	
ولايتولايت		زې	
ټولنيز امنيت #		د زېږېدو نېټه	
د کور ټلېفون		د ورځي فون نمبر	
موبايل ټلېفون نمبر			
اېمېل يو اېسادرس		د تماس غوره طريقه	
مدني حالت		قوم	
<input type="checkbox"/> يواځي		<input type="checkbox"/> افريقايي -	
<input type="checkbox"/> واده شوی		<input type="checkbox"/> امريکايي	
<input type="checkbox"/> طلاق شوی		<input type="checkbox"/> اسيایي- امريکايي	
<input type="checkbox"/> بېله شوی		<input type="checkbox"/> قفقاز / سپين	
<input type="checkbox"/> کونډ/کونډه		<input type="checkbox"/> اصلي امريکايي	
<input type="checkbox"/> مدني ټولنه		<input type="checkbox"/> پيسيفک آني لينډر	
		<input type="checkbox"/> څو توکميز	
لومړنی روغتيايي ډاکټر		د کړني کارکوونکی	
<input type="checkbox"/> مهاجر		<input type="checkbox"/> موسمي	
اېا تاسو د يو اېس فوجي کار		پاسټ؟	
کورنی / د کورنی اندازه:		<input type="checkbox"/> هو	
د کورنی عايدات: \$		<input type="checkbox"/> نه	
د کورنی مالې معلومات		جنسي تمايل	
<input type="checkbox"/> اوونيز		<input type="checkbox"/> نيغ يا همجنس باز	
<input type="checkbox"/> په دوه اوونيز		<input type="checkbox"/> زنکه بازه،	
<input type="checkbox"/> مياشتنی		ماناگي باز يا	
د فدرالي تمويل شوي روغتيا مرکز په		همنوری	
توگه، موږ دې معلوماتو راټولولو ته		<input type="checkbox"/> دوه جنسه	
اړتيا کړو. ټول ځوابونه محرم دي.		<input type="checkbox"/> بل څه	
		<input type="checkbox"/> پټه نشته	
		<input type="checkbox"/> نه ښودل غوره کړئ	
د کور ملکيتونه		اېا تاسو بې کوره ياست؟	
<input type="checkbox"/> په کډه اوسيدئ (د نورو سره ژوند کول)		<input type="checkbox"/> نه	
که بې کوره ياست، اېا تاسو:		<input type="checkbox"/> په کډه اوسيدئ	
د خوښي درملتون		د خوښي درملتون	
د درملتون ځای		د درملتون نوم	
بېړنی اړيکشمېره		نوم	
تېلېفون نمبر		خپلوي	
د مسؤل کوند معلومات (هر ناروغ چې عمر يې د 18 کالو څخه کم وي بايد مسؤل کوند ولري)			
<input type="checkbox"/> مريض (18 کلونه يا ډير)		<input type="checkbox"/> پاملرنه کوونکي والدين	
سپرست (د درملني لپاره د قانوني وضعيت ثبوت ته اړتيا ده).			
MI		لومړی نوم	
د څوڅي ادرس		ښار	
ولايت		زې	
د زېږېدو نېټه		د کور ټلېفون	
د غاښونو د بيمې معلومات		د طبي بيمې معلومات	

- ☐ زه اوس مهال طبي بيمه لرم (لاندې وگورئ)
- ☐ زه اوس مهال طبي بيمه نه لرم (لاندې وگورئ)
- ☐ زه غواړم د سلېډينگ فيس پيمان لپاره غوښتنه وکړم.

د طبيبي نوم: _____

پاليسي/د آي دي شميره: _____

- ☐ زه اوس مهال دويمه طبي بيمه لرم (لاندې وگورئ)

د طبي بيمې نوم: _____

پاليسي/آي دي شميره: _____

- ☐ زه اوس مهال د غاښونو بيمه لرم (لاندې وگورئ)
- ☐ زه اوس مهال د غاښونو بيمه نه لرم (لاندې وگورئ)
- ☐ زه غواړم د سلېډينگ فيس پيمان لپاره غوښتنه وکړم.

د غاښونو د بيمې نوم: _____

پاليسي/د آي دي شميره: _____

- ☐ زه اوس مهال د غاښونو دويمه بيمه لرم (لاندې وگورئ)

د غاښونو د بيمې نوم: _____

پاليسي/د آي دي شميره: _____

فبروري 2020 کي اصلاح شوی

READ ONLY



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 (UVMHC), 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, NWHC Cardio, DHMC Cardiology
- **Dermatology:** Dorset St. Dermatology, Four Seasons Dermatology
- **Gastroenterology:** VT Gastroenterology, Northwestern Medical Center
- **Home Health:** Bayada Home Health, UVMHC Home Health & Hospice
- **Neurology:** DHMC Neurology, Neurological Associates of Burlington
- **OB/GYN:** Lake Champlain Gynecology, Maitri, VT Gynecology
- **Ortho:** NWHC Ortho, Mansfield Ortho
- **Oximetry:** Lincare
- **Pain Clinic:** VT Interventional Spine Center, VT Pain Management, UVMHC Pain Management
- **Radiology:** CVMC Radiology, NWHC, Porter, Copley and VT Open MRI
- **Sleep Study:** VT Medical Sleep Disorder, UVMHC 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 &

I. د درملنې رضایت:

زه دلته د خپل ځان، یا د نومول شوي ناروغ (چې زه یې مور او پلار یا قانوني ساتونکی یم چې د نوماند درملنې ته د رضایت حق لرم) د برلینګټن شرکت د ټولنې روغتیايي مرکزونو ته خپله رضایت ورکوم. (CHCB). په درملنه کې کیدای شي د روغتیا سکریټینګ، تشخیص، طبي درملنه، د غاښونو پاملرنه، ټولنیز خدمتونه، رواني روغتیا یا د مخدره توکو او الکولو سکریټینګ، تشخیص، تشخیص او درملنه، او رواني خدمتونه شامل وي.

II. د روغتیايي معلوماتو د خپرولو رضایت، پشمول د درملنې، تادیاتو او روغتیا / درملنې ریکارډونه د روغتیايي کارونو لپاره:

زه په CHCB کې د کارولو لپاره طبي، غاښونه، مخدره توکي او الکول، رواني روغتیا، رواني او نورې درملنې چمتو کوم او د افرادو (یا هغه سازمانونه چې زه یې مور یا پلار یا قانوني سرپرست یم) لپاره د کارولو لپاره موافق یم. او د روغتیا ریکارډونه ("روغتیا معلومات") د لاندې موخو لپاره د CHCB له لارې:

A. د درملنې، تادیې، او روغتیايي عملیاتو لپاره د CHCB له لارې یا د روغتیا معلوماتو کارول:

- د CHCB کارمندانو لخوا د درملنې چمتو کول؛
- د CHCB روغتیا د پاملرنې عملیات ترسره کول، په شمول د مالي یا کیفیت تضمین پلټنې او / یا روزنه.
- د CHCB لخوا چمتو شوي خدماتو لپاره تادیې. CHCB اجازه لري چې د روغتیا پاملرنې خدماتو لپاره تادیات ترلاسه کړي او ممکن د بیمې شرکتونو، د کارگرانو د خسارې بیمه کونکو یا نورو هغو ادارو ته د روغتیا معلومات چمتو کړي چې د روغتیا خدماتو لپاره تادیې کوي، لکه څنګه چې زما د CHCB د راجسټریشن فارم یا د بیمې نور وروستي معلومات د CHCB په فایل کې پیژندل شوي.

B. د درملنې د موخو لپاره د CHCB څخه بهر اشخاصو یا سازمانونو لپاره د روغتیا معلوماتو افشا کول:

CHCB واک لري چې د CHCB لخوا تعریف شوي اړین روغتیايي معلومات چمتو کړي، په شمول د لاندې روغتیايي چمتو کونکو څخه د نشه یي توکو د کارولو اختلالاتو د درملنې په اړه معلومات که چېرې زه هلته د درملنې په لټه کې شم.

- **روغتونونه:** د ورمونټ طبي مرکز پوهنتون (UVMHC)، کولې روغتون، پورټر روغتون، د شمال لویډیز طبي مرکز، مرکزي ورمونټ طبي مرکز (CVCA)، ډارټموت هیچکاک طبي مرکز (DHMC)
- **الرژي:** د ټیمیرلین الرجي او استما ایسوسی ایتس
- **آډیولوژي:** اډیرونډیک آډیولوژیک ایسوسی ایتس
- **مرض قلب:** CVCA، مرکزي VT کارډیالوژي، NWMC کارډیالوژي، DHMC کارډیالوژي
- **درماتولوژي:** Dorset St درماتولوژي، څلور موسمه درماتولوژي
- **د معدې ناروغی:** VT کیسټروینټرولوژي، شمال لویډیز طبي مرکز
- **د کور روغتیا:** بیادا هوم هیلټ، UVMHC هوم هیلټ اېنډ هسپایس
- **نیورولوژي:** DHMC نیورولوژي، نیورولوژیکي اتحادیې، برلینګټن
- **OB/GYN:** لیک جیمیلین نسایي علومو، میټریا، VT گاینکالوژي
- **ارتو:** NWMC ارتو، منز فیلډ ارتو
- **اکسیمیټري:** لین کیر

• **د درد کلینیک:** د VT مداخلې د نخاع مرکز، د VT درد مدیریت، د UVMHC درد مدیریت

• **ریډیولوژي:** CVMC رادیولوژي، NWMC، پورټر، کولې او VT خلاص ایم آر آی

• **د خوب مطالعه:** VT طبي خوب اختلال، د UVMHC خوب پروګرام

• **یورولوژي:** DHMC یورولوژي، گرین مونتین یورولوژي

• **فوج د فوجیانو د ادارې پروګرام او اسانتیاوې**

• **فزیکي درملنه:** (PT) PT 360, All Wellness PT, Appletree Bay, Catamount PT, Champlain PT, Choice

PT, Cornerstone PT, DEE PT, Edge PT, Elite Health

روغتیا، ایسپیکس PT، هره بنځه، د ارتقاء درملنه او یوګا، Genesis PT، Forever Fit، Fairfax PT، Excel PT،

PT Green Mtn، د زخم او روغتیا مدیریت حلونه، الهام PT، ټاپو PT، د یوځای شوي روغتیا لپاره د ژوند بڼه مرکز، اوږده

لار PT، په لار کې PT، Peak PT، Pelvic Health، Phoenix PT، Pinnacle PT، Rehab Gym، Transitions

Timberlane PT، واسټا PT، او ورمونټ PT.

- CHCB واک لري چې ټول روغتیايي معلومات نورو روغتیايي پاملرنې چمتو کونکو یا هغو ادارو ته چمتو کړي چې لیست شوي ندي چې ممکن زما په پاملرنې کې دخیل وي (پرته له دې چې د مخدره توکو یا الکول کارولو درملنې په اړه معلومات د کوم لپاره چې جلا رضایت ته اړتیا وي).



Vermont Health Information Exchange (VHIE) Opt-Out Consent Form

If you DO NOT want health care professionals involved in your care to see your general health information in the VHIE, please fill out this form.

Do you have access to the web or a smartphone? You can Opt-Out using a WebForm at www.vthie.net

Full Name (First Middle Last, Suffix)*

Date of Birth (mm/dd/yyyy)*

Physical Address (Street, Apt/Unit, City, State, Zip)*

Primary Phone Number (include area code)*

Alternate Phone Number (include area code)

Email Address (only for processing this form)

Name of Health Care Organization(s) you visit

By signing below **I choose to Opt Out** - Please **hide** my records in the VHIE to health care organizations involved in my care.

I understand that falsifying my identity or signing on behalf of an individual in which I do not have authority is against the law and a punishable offense. For more information on signature requirements please contact VITL or discuss with your health care organization.

Signature of Patient (if patient is 12 years or older)

Date

Signature of Parent or Authorized Representative

Date

- If patient is younger than 12 years old, signature of Parent or Authorized Representative is required.
- If patient is 12 or older, but not yet 18, signature of Parent or Authorized Representative is optional.

Name of Parent or Authorized Representative

Relationship to Patient

**Once complete please mail, fax, or deliver in person to VITL
Vermont Information Technology Leaders – VITL**

**Attn: VHIE Support
1 Mill Street, Suite #249
Burlington, VT 05401
Fax# 802-461-4208**

Questions? Call VITL toll free – Consent Hotline 1-888-980-1243 or www.vthie.net



د ورمونت روغتیا معلوماتو تبادلې (VHIE)

د رضایت په فورمه کې ګډون نه کول

که تاسو نه غواړئ د روغتیا پاملرنې متخصصین چې ستاسو په پاملرنې کې ښکېل دي په **VHIE** کې ستاسو د روغتیا په اړه عمومي معلومات وګوري، مهرباني وکړئ دا فورمه بکه کړئ.

ایا تاسو ویب یا سمارټ فون ته لاسرسی لرئ؟ تاسو کولی شئ د ویب فارم په کارولو سره په دې کې د ګډون څخه انکار وکړئ www.vthie.net

نېټه/زېږېدو (مياشت/ورځ/کال) *

پورانوم (لومړیمینځ آخري، مخفف) *

فزیکي آدرس (کوڅه، اپارټمنټ/یونټ، ښار، ولایت، زپ) *

بلا لار ټیلفون شمېره (شامل سره د ځای کوډ) *

اول ټیلفون شمېره (شامل سره د ځای کوډ) *

نومډپاملرنې پاملرنې اداره (اداري) چې تاسو کتلي وي

ای مېل آدرس (یوازې د دېفورمي پروسس کولو لپاره)

دلاندې لاسلیک زه ګډون نه کول غوره کوم - مهرباني سره پټن ماریکارډونه په **VHIE** کې د روغتیا پاملرنې سازمانونو زما پاملرنې.

زه پوهیږم چې زما پېژندنه غلطه څرګندول یا دد یو فرد په استازیتوب لاسلیک کول چې زه په قانوني توګه د دې اختیار نه لرم، د قانون ضد عمل او د سزا وړ جرم دی. د نورو (معلوماتو) لاسلیک اړتیاو لپاره، مهرباني وکړئ د VITL سره اړیکه ونیسئ یا د خپل روغتیا پاملرنې سازمان سره خبرې وکړئ.

نېټه

لاس لاسلیک د ناروغه (که چیرې ناروغه 12 کلن یا ډیر عمر ولري)

نېټه

د مور او پلار یا مجاز استازي لاسلیک

- که چیرې ناروغ د 12 کلونو څخه کم وي، د مور او پلار یا مجاز استازي لاسلیک ته اړتیا ده.
- که چیرې ناروغ 12 کلن یا د ډیر عمر وي، مګر لا تر اوسه 18 کلن نه وي، د مور او پلار یا مجاز استازي لاسلیک اختیاري دی.

رشته/مريض سره

نومد مور او پلار یا مجاز استازي

یوځل چې بشپړ شي، مهرباني وکړئ بریښنالیک، فکس، یا په شخصي توګه یې VITL ته وسپارئ.

د ورمونت معلوماتي ټکنالوجي لیدرز - VITL

توجه: VHIE ملاتړ

Mill Street, Suite #249 1

برلینگتن، VT 05401

فیکس # 4208-461-802

پوښتنې؟ زنگ VITL ټول مفت. د رضایت ټلیفون لاین 1-888-980-1243 یا www.vthie.net

Wellness, Essex PT, Every Woman, Evolution Therapy & Yoga, Excel PT, Fairfax PT, Forever Fit, Genesis PT, Green Mtn. PT, Injury & Health Management Solutions, Inspire PT, Island PT, Living Well Center for Integrated Health, Long Trail PT, On Track PT, Peak PT, Pelvic Health, Phoenix PT, Pinnacle PT, Rehab Gym, Transitions PT, Timberlane PT, Vasta PT, and Vermont PT.

- CHCB is authorized to provide all health information to other health providers or agencies not listed who may be involved in my care (except for information concerning treatment for drug or alcohol abuse for which a separate consent is required);

III. Termination and restrictions of this consent:

I understand that I have the right to revoke this consent at any time, but revoking this consent will not affect any actions which were taken by CHCB in reliance on this consent before I revoked it. If not previously revoked, this consent will terminate on the following date, event, or condition: _____ if none is indicated, this consent will terminate three years after the last date of services to me.

I understand that I may request restrictions on the use or disclosure of my health information for the purposes described in this consent and that CHCB may or may not agree to requested the restrictions. I also understand that except for those restrictions on use or disclosure of health information to which it agrees, CHCB will not be able to provide services to me (or the named patient) without this signed consent.

IV. Assignment of Benefits

I hereby assign to CHCB any and all payments to which I am entitled under Medicaid, Medicare, or any health insurance policy for health care, behavioral health, psychiatry or dental health services rendered to me by CHCB. I further authorize CHCB to bill and receive payment directly from Medicaid /Medicare or my insurance carrier(s) for those services that CHCB delivered and for which I may be entitled to insurance coverage. I also authorize CHCB

to give Medicaid / Medicare or my health insurance carrier(s) any information necessary for billing purposes for services provided for such periods of time as I have received or am receiving health screening, diagnosis, medical treatment, dental care, social services, mental health or drug and alcohol screening, assessment, diagnosis and treatment, and psychiatry services.

I understand and acknowledge that I am financially responsible for any unpaid balances incurred as a result of my care at CHCB.

I understand that, to the best of my knowledge, the demographic information I have provided is true and correct.

I hereby acknowledge that I have been offered a copy of CHCB's Payment Expectations document and understand and agree to adhere to these expectations.

I hereby acknowledge that I have been offered a copy of the Notice of Privacy Practices and understand CHCB will use my protected health information in accordance with privacy law.

I understand that the Community Health Centers of Burlington, Inc. may use any e-mail address or mobile phone number provided to contact me for appointment reminders or other announcements. I understand that e-mail addresses and mobile phone numbers will not be sold to a third party or used for marketing purposes.

I have read this Consent for Treatment & Consent to Release of Health Information, and I understand and knowingly consent to its content.

Name of Patient: _____ Date of Birth _____

Patient Signature: _____ Date: _____

Parent/Guardian: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

REQUIRED

III. د دې رضایت ختمول او محدودیتونه:

زه پوهیږم چې زه حق لرم چې دا رضایت په هر وخت کې لغوه کړم، مګر د دې رضایت لغوه کول به د CHCB لخوا ترسره شوي کوم اقدام باندې اغیزه ونکړي چې پدې رضایت باندې تکیه کوي مخکې لدې چې زه یې لغوه کړم. که مخکې لغوه شوی نه وي، دا رضایت به په لاندې نېټه، پېښه، یا حالت کې پای ته ورسېږي: _____ که څه څرګند شوي نه وي، دا رضایت به زما لپاره د خدمت وروستی نېټې څخه درې کاله وروسته پای ته ورسېږي.

زه پوهیږم چې زه کولی شم زما د روغتیا معلوماتو په کارولو یا افشا کولو باندې د بندیز غوښتنه وکړم د هغه اهدافو لپاره چې په دې رضایت کې ښودل شوي اودا چې CHCB د د غوښتل شوي بندیزونو سره ښايي موافقت ولري یا ونه لري. زه دا هم پوهیږم چې د روغتیا د معلوماتو کارولو یا افشا کولو د هغه محدودیتونو سربېره چې دا موافقه کوي، CHCB به د دې لاسلیک شوي رضایت پرته ما (یا ټاکل شوي ناروغ) ته خدمات وړاندې نه کړي.

IV. د فوایدو ټاکل

زه دلته CHCB ته هر هغه او ټول تادیات ورکوم چې زه یې د مېډیکېډ/مېډیکېډ، مېډیکېډ، یا د روغتیا بیمې پالیسي لاندې د روغتیا پاملرنې، چلند روغتیا، دماغي یا غاښونو روغتیا د خدماتو لپاره مستحق یم. زه CHCB ته اجازه ورکوم چې د CHCB لخوا چمتو شوي خدماتو لپاره په مستقیم ډول د مېډیکېډ / مېډیکېډ یا زما د بیمې وړونکي (وړونکو) لپاره بیلونه او تادیات راټول کړي او د کومو لپاره چې زه د بیمې پوښښ حق لرم. زه CHCB ته دا اجازه هم ورکوم

چې مېډیکېډ/مېډیکېډ یا د خپلې بیمې وړاندې کوونکي (کوونکيو) ته د بیلونو، د خدمتونو وړاندې کولو په موخه د هغه وختونو هغه ټول معلومات ورکړم کوم چې ما د روغتیا د سکرینګ، تشخیص، طبي درملنې، غاښونو د پاملرنې، ټولنیز خدماتو، ذهني روغتیا یا د نشه یي توکو او الکولو د سکرینګ، تشخیص، تشخیص او درملنې او رواني خدماتو لپاره تر لاسه کړي یا یې تر لاسه کوم.

زه پوهیږم او منم چې زه په CHCB کې زما د پاملرنې په پایله کې د هر ډول نه تادیه شوي بیلانس لپاره مالي مسؤل یم.

زه باور لرم چې زما د غوره پوهې سره سم، د ډیموګرافیک معلومات چې ما چمتو کړي سم او دقیق دي.

زه دلته دا منم چې ما ته د CHCB د تادیاتو توقعاتو سند یوه کاپي راکړل شوې او زه د دې هیلو سره موافق یم او په دې پوهیږم.

زه دلته دا منم چې ما ته د محرمیت د کړنلارې د خبرتیا یوه کاپي راکړل شوې او پوهیږم چې CHCB به زما د روغتیا خوندي معلومات د محرمیت د قانون سره سم وکاروي.

زه پوهیږم چې په برلینګتن شرکت کې د ټولنې روغتیايي مرکزونه ممکن زما سره د تماس لپاره چمتو شوي برېښنالیک آدرس یا ګرځنده تلیفون شمېره وکاروي. زه پوهیږم چې د برېښنالیک پټې او د ګرځنده تلیفون شمېرې به هېڅ دریمې ډلې ته نه پلورل کیږي یا د بازار موندنې موخو لپاره به نه کارول کیږي.

ما د درملنې او روغتیا معلوماتو خبرولو لپاره دا رضایت لوستلی دی، او زه پوهیږم او د هغې محتوا سره موافق یم.

نومدمریض:	نېټه د زیږیدو:
د مریض لاسلیک:	نېټه:
والدین/سرپرست:	
د والدینو/سرپرست لاسلیک:	نېټه: