



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 ☐ PHONE ☐ EMAIL ☐ TEXT MESSAGE		
MARITAL STATUS ☐ Single ☐ Separated ☐ Married ☐ Widowed ☐ Divorced ☐ Civil Union		RACE ☐ African-American ☐ Native American ☐ Asian-American ☐ Pacific Islander ☐ Caucasian/White ☐ Multi-racial		Primary Language if Not English: _____ Do You Need Interpreter Services? ☐ YES ☐ NO Ethnicity/Ethnic Origin: ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic		
Primary Care Physician		AGRICULTURAL WORKER ☐ Migrant ☐ Seasonal		Are You a U.S. Veteran? ☐ Yes ☐ No		FAMILY FINANCIAL INFORMATION Family/Household Size: _____ Household Income: \$ _____ ☐ Weekly ☐ Annually ☐ Biweekly ☐ Refused ☐ Monthly
LEGAL SEX ☐ MALE ☐ FEMALE	CURRENT GENDER ☐ MALE ☐ FEMALE	GENDER IDENTITY ☐ MALE ☐ FEMALE ☐ TRANSGENDER MALE (Female-to-Male/FTM) ☐ TRANSGENDER FEMALE (Male-to-Female/MTF) ☐ GENDERQUEER ☐ OTHER ☐ CHOOSE NOT TO DISCLOSE		SEXUAL ORIENTATION ☐ STRAIGHT or HETEROSEXUAL ☐ LESBIAN, GAY or HOMOSEXUAL ☐ BISEXUAL ☐ SOMETHING ELSE ☐ DON'T KNOW ☐ CHOOSE NOT TO DISCLOSE		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? ☐ YES ☐ NO If homeless, are you: ☐ Doubling Up (living with others) ☐ Shelter ☐ Street ☐ Transitional ☐ Unknown						

PREFERRED PHARMACY

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

EMERGENCY CONTACT

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

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

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

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

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

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

DENTAL INSURANCE INFORMATION

- ☐ I currently have DENTAL insurance (see below)
☐ I currently DO NOT have DENTAL insurance
☐ I would like to apply for the SLIDING-FEE SCALE

Dental Insurance Name: _____

Policy/ID Number: _____

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

Dental Insurance Name: _____

Policy/ID Number: _____

MEDICAL INSURANCE INFORMATION

- ☐ I currently have MEDICAL insurance (see below)
☐ I currently DO NOT have MEDICAL insurance
☐ I would like to apply for the SLIDING-FEE SCALE

Medical Insurance Name: _____

Policy/ID Number: _____

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

Medical Insurance Name: _____

Policy/ID Number: _____

فرم نام‌نویسی بیمار جدید

تأییدکننده:

تاریخ ثبت/ورود: ____/____/____

نام و نام فامیل کارمندان: _____

نوع وقت ملاقات/فقط برای استفاده کارمندان ☐ داکتری ☐ داکتری دندان

☐ ریورساید ☐ سیف هاربور ☐ پرل استریت ☐ ساوت اند ☐ چمپلین آپلندز ☐ گود هلث ☐ وینوسکی فمیلی

اطلاعات بیمار		لطفاً کل فرم را فقط با قلم سیاه یا آبی تکمیل کنید (پر کنید)	
نام فامیل	نام	حرف اول نام وسط	نام مستعار / لقب
درس سرک	شهر	ایالت	ZIP
شماره سوئال سکوری	تاریخ تولد	تلفن خانه	تلفن برای تماس در طول روز
آدرس ایمیل	روش تماس دلخواه	☐ تلفن ☐ ایمیل ☐ اس‌ام‌اس	
وضعیت تاهل	نژاد	لسان اصلی، اگر انگلیسی نیست:	آیا به خدمات ترجمه شفاهی نیاز دارید؟
☐ مجرد ☐ متاهل ☐ طلاق گرفته	☐ آفریقایی-آمریکایی ☐ آسیایی-آمریکایی ☐ قفقازی/سفیدپوست	☐ بومی آمریکا ☐ بومی جزایر اقیانوس آرام ☐ چندنژادی	☐ بله ☐ خیر
داکتر مراقبت‌های اولیه	کارگر زراعت	آیا شما کهنسرباز ایالات متحده هستید؟	اطلاعات مالی خانواده
☐ فصلی ☐ مهاجر	☐ بله ☐ خیر	آیا شما کهنسرباز ایالات متحده هستید؟	اندازه خانواده/خانوار: _____
جنسیت قانونی	جنسیت فعلی	جنسیت جنسی	درآمد خانوار: دالر _____
☐ مرد ☐ زن	☐ مرد ☐ زن	☐ مرد ☐ زن ☐ مرد ترانجسی (زن به مرد/FTM) ☐ زن ترانجسی (مرد به زن/MTF)	به عنوان یک مرکز صحت که بودجه فدرال را دریافت می‌کند، ما ملزم به جمع‌آوری این اطلاعات هستیم. کلیه جواب‌ها محرمانه باقی خواهد ماند.
ضمایر (اختیاری):	وضعیت مسکن	وضعیت مسکن	
_____	آیا شما بی‌خانمان هستید؟ ☐ بله ☐ خیر	اگر بی‌خانمان هستید، آیا شما: ☐ مسکن مشترک دارید (با دیگران زندگی می‌کنید) ☐ در پناهگاه ویژه افراد بی‌خانمان زندگی می‌کنید ☐ در سرک زندگی می‌کنید ☐	
	نام دواخانه	محل دواخانه	
شماره تلفن‌های فوری	نام	نسبت	شماره تلفن
اطلاعات شخص مسئول (هر بیمار زیر ۱۸ سال باید یک شخص مسئول داشته باشد)			
☐ بیمار (۱۸ سال به بالا) ☐ والد/سرپرست ☐ قیم قانونی (شاهد دال بر وضعیت قانونی برای تدای لازم است)			
نام فامیل	نام	حرف اول نام وسط	
درس سرک	شهر	ایالت	ZIP
تاریخ تولد	تلفن منزل		
اطلاعات بیمه داکتری دندان		اطلاعات بیمه داکتری	
☐ من در حال حاضر بیمه داکتری دندان دارم (به زیر مراجعه کنید) ☐ من در حال حاضر بیمه داکتری دندان ندارم ☐ من می‌خواهم برای مقیاس هزینه کشویی درخواست بدهم نام بیمه داکتری دندان: _____ شماره/شناسه بیمه‌نامه: _____		☐ من در حال حاضر بیمه داکتری دارم (به زیر مراجعه کنید) ☐ من در حال حاضر بیمه داکتری ندارم ☐ من می‌خواهم برای مقیاس هزینه کشویی درخواست بدهم نام بیمه داکتری: _____ شماره/شناسه بیمه‌نامه: _____	



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 (UVMC), Copley Hospital, Porter Hospital, Northwestern Medical Center, Central Vermont Medical Center (CVCA), Dartmouth Hitchcock Medical Center (DHMC)
- **Allergy:** Timberlane Allergy & Asthma Associates
- **Audiology:** Adirondack Audiology Associates
- **Cardiology:** CVCA, Central VT Cardiology, NWMC Cardio, DHMC Cardiology
- **Dermatology:** Dorset St. Dermatology, Four Seasons Dermatology
- **Gastroenterology:** VT Gastroenterology, Northwestern Medical Center
- **Home Health:** Bayada Home Health, UVMC Home Health & Hospice
- **Neurology:** DHMC Neurology, Neurological Associates of Burlington
- **OB/GYN:** Lake Champlain Gynecology, Maitri, VT Gynecology
- **Ortho:** NWMC Ortho, Mansfield Ortho
- **Oximetry:** Lincare
- **Pain Clinic:** VT Interventional Spine Center, VT Pain Management, UVMC Pain Management
- **Radiology:** CVMC Radiology, NWMC, Porter, Copley and VT Open MRI
- **Sleep Study:** VT Medical Sleep Disorder, UVMC 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. رضایت‌نامه تدای:

بدین‌وسیله رضایت خود را برای تدای خود یا بیمار نامبرده (که من والد یا قیم قانونی او هستم و حق رضایت دادن برای تدای بیمار نامبرده را دارم) به «شرکت مراکز تندرستی اجتماعی برلینگتون» (CHCB, Community Health Centers of Burlington, Inc) اعلام می‌کنم. تدای می‌تواند شامل غربالگری صحت، تشخیص، تدای داکتری، مراقبت از دندان، خدمات اجتماعی، صحت روان یا غربالگری مواد مخدر و الکل، ارزیابی، تشخیص و تدای، و خدمات روانپزشکی باشد.

II.

رضایت‌نامه افشای اطلاعات صحی، از جمله سوابق صحی/درمانی برای عملیات تدای، پرداخت، و مراقبت‌های صحی:

من با استفاده از اطلاعات داکتری، داکتری دندان، مواد مخدر و الکل، صحت روان، روانپزشکی و سایر سوابق صحی/درمانی خود (یا بیمار نامبرده که من والد یا قیم قانونی او هستم) (که از این پس به اختصار «اطلاعات صحی» نامیده می‌شود) در داخل CHCB یا افشای آنها به افراد یا سازمان‌های خارج از CHCB برای اهداف زیر موافقت می‌کنم:

A. استفاده از اطلاعات صحی توسط یا برای CHCB برای عملیات‌های تدای، پرداخت، و مراقبت‌های صحی:

- ارائه خدمات تدای توسط کارمندان CHCB؛
- انجام عملیات مراقبت‌های صحی CHCB از جمله ممیزی‌های مالی یا تضمین کیفیت و/یا آموزش.
- پرداخت برای خدمات ارائه شده توسط CHCB. CHCB مجاز به دریافت هزینه برای خدمات مراقبت‌های صحی است و می‌تواند اطلاعات صحی را به شرکت‌های بیمه، بیمه‌گران غرامت کارگران، یا سایر آژانس‌هایی که هزینه خدمات صحی را پرداخت می‌کنند، همان‌طور که در فرم ثبت نام CHCB من یا سایر اطلاعات به‌روز شده بیمه موجود در پرونده CHCB مشخص شده، ارائه دهد.

B. افشای اطلاعات صحی به افراد یا سازمان‌های خارج از CHCB برای اهداف تدای:

اگر من برای تدای داکتری به هریک از ارائه‌دهندگان خدمات صحی/درمانی زیر ارجاع داده شوم، CHCB مجاز به ارائه تمام اطلاعات صحی لازم که توسط CHCB تعیین شده است، از جمله اطلاعات مربوط به تدای اختلالات مصرف مواد، به آنها است:

- **شفافخانه‌ها:** مرکز داکتری دانشگاه ورمونت (UVMHC)، شفاخانه کوپلی، شفاخانه پورتر، مرکز داکتری شمال غربی، مرکز داکتری مرکزی ورمونت (CVCA)، مرکز داکتری دارتموث هیچکاک (DHMC)
- **حساسیت:** مرکز حساسیت و آسم Timberlane و همکاران
- **شنوایی‌سنجی:** مرکز شنوایی‌شناسی Adirondack و همکاران
- **بیماری‌های قلبی:** CVCA، مرکز بیماری‌های قلبی VT مرکزی، مرکز بیماری‌های قلبی NWMC، مرکز بیماری‌های قلبی DHMC
- **بیماری‌هایی پوستی:** مرکز بیماری‌هایی پوستی دورست استریت، بیماری‌هایی پوستی فور سیسنز
- **بیماری‌های هضمی:** مرکز بیماری‌های هضمی VT، مرکز داکتری نورث‌وسترن
- **تندرستی و صحت خانواده:** مرکز تندرستی و صحت خانواده بایادا، مرکز تندرستی و صحت خانواده UVMHC
- **بیماری‌های عصبی:** مرکز بیماری‌های عصبی DHMC، مرکز بیماری‌های عصبی برلینگتون
- **زنان/زایمان:** مرکز زنان/زایمان لیک چمپلین، مایتری، مرکز زنان/زایمان VT
- **ارتوپدی:** مرکز ارتوپدی NWMC، مرکز ارتوپدی منسفیلد
- **اکسیمتری:** مرکز اکسیمتری لینکر
- **کلینیک درد:** مرکز تدای درد ستون فقرات VT، مدیریت درد VT، مدیریت درد UVMHC
- **رادیولوژی:** مرکز رادیولوژی CVMC، مرکز رادیولوژی NWMC، مرکز رادیولوژی پورتر، مرکز ام‌آر‌آی باز کوپلی و VT

اختلالات خواب: مرکز تدای اختلالات خواب VT، برنامه خواب UVMHC

- **مجاری ادرار:** مرکز اورولوژی DHMC، مرکز اورولوژی گرین مونتین
- **کهنه‌سربازان:** اداره برنامه‌ها و تسهیلات ویژه کهنه‌سربازان
- **فیزیوتراپی:** مرکز فیزیوتراپی PT 360، مرکز فیزیوتراپی آل ولنس، مرکز فیزیوتراپی اپل‌تری بی کاتامونت، مرکز فیزیوتراپی چمپلین، مرکز فیزیوتراپی چویس، مرکز فیزیوتراپی کورنستون، مرکز فیزیوتراپی DEE، مرکز فیزیوتراپی اج، مرکز ایلپیت هلث اند ولنس، مرکز فیزیوتراپی اسکس، مرکز اوری وومن، مرکز تدای و یوگای اولوشن، مرکز فیزیوتراپی اکسل، مرکز فیزیوتراپی فیرفکس، مرکز فیزیوتراپی جنسیس، مرکز فیزیوتراپی گرین مونتین، مرکز اینجری اند هلث منجمنت سلوشنز، مرکز فیزیوتراپی اینسپایر، مرکز فیزیوتراپی آیلند، مرکز تندرستی و تدای یکپارچه لیوینگ ول، مرکز فیزیوتراپی لانگ تریل، مرکز فیزیوتراپی آن ترک، مرکز فیزیوتراپی پیک، مرکز صحی پلویک، مرکز فیزیوتراپی فینیکس، ورزشگاه توانبخشی ریهب جیم، مرکز فیزیوتراپی ترنزشنز، مرکز فیزیوتراپی تیمبرلین، مرکز فیزیوتراپی واستا، و مرکز فیزیوتراپی ورمونت.



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



تبادل اطلاعات صحت ورمونت (VHIE) فرم انصراف از رضایت

اگر نمی‌خواهید متخصصان مراقبت‌های صحت دخیل در مراقبت‌های شما اطلاعات عمومی تندرستی و صحت شما را در VHIE ببینند، لطفاً این فرم را پر کنید.

آیا به اینترنت یا گوشی هوشمند دسترسی دارید؟ می‌توانید برای اعلان انصراف، از یک فرم اینترنتی به آدرس www.vthie.net استفاده کنید

تاریخ تولد (ماه/روز/سال)*

نام کامل (نام کوچک، نام وسط، نام فامیل، پسوند)

آدرس فیزیکی (سرک، آپارتمان/واحد، شهر ایالت، ZIP)*

شماره تلفن جایگزین (کد ناحیه را هم درج کنید)*

شماره تلفن اصلی (کد ناحیه را هم درج کنید)*

نام سازمان(های) صحت‌درمانی که به آنها مراجعه می‌کنید

آدرس ایمیل (فقط برای پردازش این فرم)

با درج امضای خود در ذیل، انصراف خود را از این رضایت اعلام می‌کنم - لطفاً سوابق من در VHIE را در اختیار سازمان‌های مراقبتی‌درمانی دخیل در مراقبت‌های من قرار ندهید.

من درک می‌کنم که جعل هویت یا امضا از طرف فردی که چنین اختیاری را به من نداده، خلاف قانون و جرم است. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد الزامات امضا، لطفاً با VITL تماس بگیرید یا با سازمان مراقبت‌های صحت خود صحبت کنید.

تاریخ

امضای بیمار (اگر سن بیمار ۱۲ سال یا بیشتر است)

تاریخ

امضای والد یا نماینده مجاز او

- اگر بیمار کمتر از ۱۲ سال سن دارد، امضای والد یا نماینده مجاز ضروری است.
- اگر سن بیمار ۱۲ سال یا بیشتر است، اما هنوز ۱۸ سال ندارد، امضای والد یا نماینده مجاز اختیاری است.

نسبت با بیمار

نام والد یا نماینده مجاز او

پس از تکمیل، لطفاً آن را پوسته یا فکس کنید یا شخصاً به VITL تحویل دهید

Vermont Information Technology Leaders-VITL

قابل توجه: VHIE Support

1 Mill Street, Suite #249

Burlington, VT 05401

فکس: 802-461-4208

سوالی دارید؟ از طریق تلفن رایگان VITL تماس بگیرید - خط فوری رضایت‌نامه 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

- CHCB مجاز است تمام اطلاعات صحی را در اختیار سایر ارائه‌دهندگان صحی یا آژانس‌هایی قرار دهد که نام آنها ذکر نشده ولی ممکن است در امور مراقبت و تداوی من دخیل باشند (به استثنای اطلاعات مربوط به تداوی سوء مصرف مواد مخدر یا الکل که برای آنها رضایت‌نامه جداگانه لازم است)؛

III. خاتمه و محدودیت‌های این رضایت‌نامه:

من می‌دانم که حق دارم این رضایت‌نامه را در هر زمانی لغو کنم؛ اما لغو این رضایت‌نامه بر اقداماتی که CHCB با تکیه بر این رضایت‌نامه قبل از لغو من انجام داده است، تأثیری نخواهد داشت. اگر این رضایت‌نامه قبلاً لغو نشده باشد، در تاریخ، رویداد، یا شرایط زیر خاتمه می‌یابد: اگر هیچ کدام مشخص نشده باشد، این رضایت‌نامه سه سال بعد از آخرین تاریخ ارائه خدمات به من فسخ خواهد شد.

من درک می‌کنم که می‌توانم محدودیت‌هایی را در مورد استفاده یا افشای اطلاعات صحی خود برای اهدافی که در این رضایت‌نامه توضیح داده شده درخواست کنم و CHCB ممکن است با محدودیت‌های درخواست شده موافقت یا مخالفت کند. همچنین، می‌دانم که به جز آن محدودیت‌هایی که CHCB در خصوص استفاده یا افشای اطلاعات صحی با آنها موافقت می‌کند، CHCB نمی‌تواند خدماتی را به من (یا بیمار نام‌برده) بدون این رضایت‌نامه امضا شده، ارائه دهد.

IV. واگذاری مزایا

بدین وسیله تمام پرداخت‌هایی که تحت «Medicaid، Medicare»، یا هر بیمه‌نامه درمانی دیگری برای مراقبت‌های صحی، صحت رفتاری، روانپزشکی یا خدمات صحی داکتری دندان ارائه شده توسط CHCB به من تعلق می‌گیرد را به CHCB واگذار می‌کنم. همچنین، به CHCB اجازه می‌دهم هزینه خدماتی که CHCB ارائه کرده و ممکن است حق پوشش بیمه را داشته باشم را مستقیماً از Medicaid/Medicare یا شرکت‌های بیمه‌گر من دریافت کند. همچنین، به CHCB اجازه می‌دهم هر گونه اطلاعات لازم برای اهداف صورت‌حساب خدمات ارائه شده برای دوره‌های زمانی که غربالگری صحت، تشخیص، تداوی داکتری، مراقبت‌های دندانی، خدمات اجتماعی، صحت روان یا غربالگری مواد مخدر و الکل، ارزیابی، تشخیص و تداوی، و خدمات روانپزشکی را دریافت کرده‌ام را در اختیار Medicaid / Medicare قرار دهد.

من می‌دانم و تصدیق می‌کنم که از نظر مالی مسئول هرگونه مانده حساب پرداخت نشده در نتیجه مراقبت از من در CHCB هستم.

من درک می‌کنم که، تا حدی که اطلاع دارم، اطلاعات جمعیت‌شناختی که ارائه کرده‌ام درست و صحیح است.

بدین وسیله تصدیق می‌کنم که نسخه‌ای از «سند انتظارات پرداخت» CHCB به من ارائه شده است و درک و موافقت می‌کنم که این انتظارات را رعایت کنم.

بدین وسیله تصدیق می‌کنم که نسخه‌ای از «اعلان رویه‌های حفظ حریم خصوصی» به من ارائه شده است و می‌دانم که CHCB از اطلاعات صحی محافظت‌شده من مطابق با قانون حفظ حریم خصوصی استفاده خواهد کرد.

من درک می‌کنم که «شرکت مراکز تندرستی اجتماعی برلینگتون» (Community Health Centers of Burlington, Inc.) ممکن است از هر آدرس ایمیل یا شماره موبایل ارائه شده برای تماس با من جهت یادآوری وقت ملاقات یا اعلان‌های دیگر استفاده کند. من می‌دانم که آدرس‌های ایمیل و شماره‌های موبایل به اشخاص ثالث فروخته نمی‌شود یا برای اهداف بازاریابی مورد استفاده قرار نمی‌گیرد.

من این رضایت‌نامه تداوی و رضایت‌نامه اطلاعات صحی را خوانده‌ام و محتوای آن را درک کرده و آگاهانه با آن موافقت می‌کنم.

ضروری

نام بیمار: _____ تاریخ تولد: _____
 امضای بیمار: _____ تاریخ: _____
 والد/سرپرست: _____
 امضای والد/سرپرست: _____ تاریخ: _____