



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 ☐ Essex

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 RACE
☐ Single ☐ Separated ☐ African-American ☐ Native American
☐ Married ☐ Widowed ☐ Asian-American ☐ Pacific Islander
☐ Divorced ☐ Civil Union ☐ 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 Are You a U.S. Veteran? FAMILY FINANCIAL INFORMATION
☐ Migrant ☐ Seasonal ☐ Yes ☐ No
 Family/Household Size: _____

LEGAL SEX CURRENT GENDER GENDER IDENTITY SEXUAL ORIENTATION
☐ MALE ☐ MALE ☐ MALE ☐ STRAIGHT or HETEROSEXUAL
☐ FEMALE ☐ FEMALE ☐ FEMALE ☐ LESBIAN, GAY or
☐ TRANSGENDER MALE (Female-to-Male/FTM) HOMOSEXUAL
☐ TRANSGENDER FEMALE (Male-to-Female/MTF) ☐ BISEXUAL
☐ GENDERQUEER ☐ SOMETHING ELSE
☐ OTHER ☐ DON'T KNOW
☐ CHOOSE NOT TO DISCLOSE ☐ CHOOSE NOT TO DISCLOSE
 PRONOUNS (Optional): _____

HOUSING STATUS Are You Homeless? ☐ YES ☐ NO
 If homeless, are you: ☐ Doubling Up (living with others) ☐ Shelter ☐ Street ☐ Transitional ☐ Unknown
 As a Health Center that receives Federal funding, we are required to collect this information. All answers are confidential.

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 MEDICAL 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: _____
☐ 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: _____



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Verificado por:

FECHA DE RECEPCIÓN/INGRESO: ____/____/____

INICIALES DEL PERSONAL: _____

TIPO DE CITA/PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL

☐ MÉDICA

☐ DENTAL

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

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
COMPLETE (llene) todo el formulario con un bolígrafo de tinta negra o azul solamente				
APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE
CALLE		CIUDAD		CÓDIGO POSTAL
N.º DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO		TELÉFONO DE CASA
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO DURANTE EL DÍA		TELÉFONO CELULAR
ESTADO CIVIL		RAZA		MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO
☐ Soltero ☐ Separado ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Unión libre		☐ Afroamericano ☐ Nativo estadounidense ☐ Asiático estadounidense ☐ Nativo de una isla del Pacífico ☐ Caucásico/blanco ☐ Multirracial		☐ TELÉFONO ☐ CORREO ELECTRÓNICO ☐ MENSAJE DE TEXTO
Idioma materno si no es inglés: _____		¿Necesita los servicios de un intérprete? ☐ SÍ ☐ NO		
Origen étnico: ☐ Hispano ☐ No hispano				
Médico de cabecera		TRABAJADOR AGRÍCOLA		¿Es veterano de los EE. UU.?
☐ Migrante ☐ Temporero		☐ SÍ ☐ No		INFORMACIÓN ECONÓMICA FAMILIAR
SEXO LEGAL		GÉNERO ACTUAL		Cantidad de integrantes de la familia/hogar: _____
☐ VARÓN ☐ MUJER		☐ VARÓN ☐ MUJER		Ingresos en el hogar: \$ _____
PRONOMBRES (opcional):		IDENTIDAD DE GÉNERO		☐ Semanales ☐ Anuales ☐ Quincenales ☐ No deseo responder ☐ Mensuales
☐ VARÓN TRANSgéNERO (cambio de mujer a varón [Female-to-Male, FTM]) ☐ MUJER TRANSgéNERO (cambio de varón a mujer [Male-to-Female, MTF]) ☐ NO BINARIO ☐ OTRO ☐ PREFIERO NO DECIRLO		ORIENTACIÓN SEXUAL		Debido a que somos un centro de salud que recibe financiamiento federal, debemos obtener esta información. Todas las respuestas son confidenciales.
☐ HETEROSEXUAL ☐ LESBIANA, GAY u HOMOSEXUAL ☐ BISEXUAL ☐ OTRA OPCIÓN ☐ NO LO SÉ ☐ PREFIERO NO DECIRLO				
SITUACIÓN DE VIVIENDA ¿Usted es una persona sin hogar? ☐ SÍ ☐ NO				
Si es una persona sin hogar, usted: ☐ Comparte vivienda (vive con otras personas) ☐ Vive en un refugio ☐ Vive en la calle ☐ Vive en un alojamiento de transición ☐ Lo desconoce				
FARMACIA DE SU PREFERENCIA				
NOMBRE DE LA FARMACIA		UBICACIÓN DE LA FARMACIA		
CONTACTO PARA EMERGENCIAS				
NOMBRE		RELACIÓN		NÚMERO DE TELÉFONO
INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (todos los pacientes menores de 18 años deben tener una persona responsable)				
☐ Paciente (18 años de edad o más) ☐ Padre/madre que tiene la custodia ☐ Tutor (para administrar tratamiento se requiere una constancia de situación legal)				
APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE
CALLE		CIUDAD		CÓDIGO POSTAL
FECHA DE NACIMIENTO		TELÉFONO DE CASA		
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DENTAL		INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO		
☐ Actualmente tengo seguro DENTAL (consultar abajo) ☐ Actualmente NO tengo seguro DENTAL ☐ Me gustaría presentar una solicitud para la ESCALA DE PAGO PROGRESIVA		☐ Actualmente tengo seguro MÉDICO (consultar abajo) ☐ Actualmente NO tengo seguro MÉDICO ☐ Me gustaría presentar una solicitud para la ESCALA DE PAGO PROGRESIVA		
Nombre del seguro dental: _____		Nombre del seguro médico: _____		
Número de póliza/ID: _____		Número de póliza/ID: _____		
☐ Actualmente tengo un seguro DENTAL secundario (consultar abajo)		☐ Actualmente tengo un seguro MÉDICO secundario (consultar abajo)		
Nombre del seguro dental: _____		Nombre del seguro médico: _____		
Número de póliza/ID: _____		Número de póliza/ID: _____		



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 (CHC). 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.

II. Consent to Release of Health Information, including Health/Treatment Records for Treatment, Payment and Health Care Operations

I consent to the use within CHC and the disclosure to persons or organizations outside of CHC 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 CHC for the following purposes:

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

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

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

- Providing all necessary Health Information as determined by CHC, 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 CHC services to the insurance company, worker's compensation company or agency that pays for my health services, as identified in my CHC Registration form or other updated insurance information on file with CHC.

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 CHC 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 CHC 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, CHC will not be able to provide services to me (or the named patient) without this signed Consent.

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



Consentimiento para recibir tratamiento y consentimiento para la entrega de información sobre la salud con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica

I. Consentimiento para recibir tratamiento

Por medio del presente, doy mi consentimiento a Community Health Centers (CHC) para que se me proporcione tratamiento a mí o al paciente nombrado (de quien soy el padre, la madre o el tutor legal que tiene derecho de otorgar el consentimiento para que el paciente nombrado reciba tratamiento). El tratamiento puede incluir la evaluación del estado de salud, diagnóstico, tratamiento médico, atención dental, servicios sociales y/o pruebas de detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento de la salud mental y de drogadicción y alcoholismo.

II. Consentimiento para la entrega de información sobre la salud, incluidas las historias clínicas/los registros del tratamiento, con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica

Doy mi consentimiento para que CHC use dentro de CHC y entregue a personas u organizaciones ajenas a CHC mi información e historias clínicas (o las del paciente nombrado de quien soy el padre, la madre o el tutor legal) médicas, de atención dental, de drogadicción y alcoholismo, de la salud mental y de otros tratamientos (como la información y las historias clínicas que en este consentimiento se denominan “información sobre la salud”) para los siguientes fines:

A. Uso de la información sobre la salud por parte de CHC o para CHC con fines de tratamiento y operaciones de atención médica:

- Administración de tratamiento por parte del personal de CHC.
- Realización de operaciones de atención médica de CHC, que incluyen, por ejemplo, capacitación y auditorías económicas o de control de calidad.

B. Entrega de información sobre la salud a personas ajenas a CHC con fines de tratamiento y pago

- Entrega de toda la información sobre la salud que CHC determine necesaria, lo que incluye información sobre el tratamiento de la drogadicción o del alcoholismo, a cualquiera de los siguientes proveedores de atención médica si se me deriva con ellos para recibir tratamiento: 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 o Rehab Gym.
- Entrega de información sobre la salud a otras agencias o proveedores de atención médica que no se indiquen arriba y que puedan estar involucrados en la atención que se me brinda (salvo la información sobre el tratamiento de la drogadicción o del alcoholismo, para la cual se requiere un consentimiento separado).
- Obtención del pago de las facturas de atención médica, lo que incluye el envío de dicha información sobre la salud cuando se requiera para asegurar el pago de los servicios de CHC a la compañía de seguro o a la compañía o agencia de compensaciones laborales que paga los servicios de atención médica, tal como se identifica en mi formulario de registro de CHC u otra información actualizada sobre el seguro que se encuentre en los archivos de CHC.

III. Otros temas

Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento, pero tal revocación no afectará a ninguna acción que haya tomado CHC de conformidad con este consentimiento antes de que lo revocara. Si no se revoca antes, este consentimiento finalizará en la siguiente fecha, evento o situación: _____.

Si no se indica nada, este consentimiento finalizará tres años después de la última fecha en la que se me hayan brindado servicios.

Entiendo que puedo solicitar restricciones sobre el uso o la entrega de la información sobre mi salud para los fines descritos en este consentimiento y que CHC puede aceptar las restricciones solicitadas o no aceptarlas. También entiendo que, salvo las restricciones sobre el uso o la entrega de la información sobre la salud que este acepte, CHC no podrá brindarme servicios a mí (o al paciente nombrado) sin este consentimiento firmado.

Entiendo y reconozco que soy responsable de pagar cualquier saldo adeudado que sea resultado de la atención que se me brinde en CHC.



Patient Authorization

617 Riverside Avenue

Burlington, VT 05401

Phone: (802) 864-6309

Fax: (802) 860-4324

www.chcb.org

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 CHC's Payment Expectations document and understand and agree to adhere to these expectations.

Assignment of Benefits

I hereby assign to CHC 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 CHC as long as the charges for services by CHC do not exceed CHC's regular charges. I further authorize CHC to bill and receive payment directly from Medicaid or my insurance carrier(s) for those services that CHC delivered and for which I may be entitled to insurance coverage. I also authorize CHC 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 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 CHC may and may not use my protected health information in accordance with privacy law.

I understand that the Community Health Centers 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.

REQUIRED

Name of Patient: _____ Date of Birth _____

Patient Signature: _____ Date: _____

Parent/Guardian: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____



617 Riverside Avenue

Burlington, VT 05401

Teléfono: (802) 864-6309

Fax: (802) 860-4324

www.chcb.org

Autorización del paciente

Entiendo que, a mi leal saber y entender, la información demográfica que proporcioné es verdadera y correcta.

He leído el consentimiento para recibir tratamiento y el consentimiento para la entrega de información sobre la salud, entiendo su contenido y doy mi consentimiento para ello.

Por medio del presente, confirmo que se me ha ofrecido una copia del documento de expectativas de pago de CHC, que lo entiendo y acepto cumplir estas expectativas.

Cesión de beneficios

Por este medio, cedo a CHC todos y cada uno de los pagos a los que tengo derecho de conformidad con la póliza de Medicaid y con cualquier póliza de seguro médico por los servicios de atención médica, de salud conductual o de salud dental que me brinde CHC, siempre que los cargos por dichos servicios no superen los cargos habituales de CHC. Además, autorizo que CHC facture los pagos y los reciba directamente de Medicaid o de mis prestadores de seguro por los servicios que CHC brinde y para los cuales posiblemente tenga cobertura de seguro. También autorizo que CHC entregue a Medicaid o a mis prestadores de seguro médico cualquier información que sea necesaria para la facturación de los servicios brindados en dichos períodos por haber recibido o estar recibiendo servicios de atención médica primaria, de salud conductual o de salud dental.

Los pacientes de Community Health Centers otorgan su consentimiento para la entrega de información con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. El paciente también puede dar su consentimiento para la recepción o las entregas de la información sobre la atención médica con otros fines.

Los pacientes que soliciten información relacionada con la terapia/el tratamiento para la drogadicción y el alcoholismo deben completar una autorización separada. No se entregará información sobre la drogadicción y el alcoholismo sin este permiso.

Por medio del presente, confirmo que se me ha ofrecido una copia del Aviso sobre prácticas de privacidad y entiendo la forma en que CHC puede usar y no puede usar la información protegida sobre mi salud de conformidad con las leyes de privacidad.

Entiendo que Community Health Centers puede usar cualquier dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil proporcionados para comunicarse conmigo con el fin de enviarme recordatorios de las citas u otros avisos.

Ni las direcciones de correo electrónico ni los números de teléfono móvil se venderán a ningún tercero ni se usarán con fines de publicidad.

OBLIGATORIO

Nombre
del paciente:

Fecha
de nacimiento

Firma del paciente:

Fecha:

Padre/madre/tutor:

Firma del padre/de
la madre/del tutor:

Fecha: