BURLINGTON SCHOOL DISTRICT

School-Based Dental Center

Medical/Dental History Form

Community Health Centers

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

1. The Community Health Centers (CHC) offers a great kid's School-Based Dental Center at the Integrated Arts Academy at (IAA), 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 are welcome. If you are low-income and uninsured, CHC will help you meet with our Patient Support Services staff to apply for programs and/or our Sliding-Fee Scale Program.
3. Please fill out this form and sign it and send it back to the school. If you need help with this process, CHC will help you fill out the form. Please contact your school nurse, school liaison, or CHC's Dental Center at 652-1050. 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 IAA, transportation can be provided. Remember, parents are encouraged to attend their child's dental appointments. For questions about dental services or to reschedule a dental appointment call 24 hours prior to appointment time at IAA, 802-652-1050.

Please make sure you fill out the form **completely** and **sign it on each page.**
Each child needs a separate registration form. For another form, please call the Integrated Arts Academy at 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 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)

BURLINGTON SCHOOL DISTRICT

स्कुलमा अवस्थित डेन्टल सेन्टर

मेडिकल/डेन्टल इतिहास फाराम

Community Health Centers

6 Archibald St., Burlington, VT 05401   IAA टेलिफोन: 658-4869   टेलिफोन: 652-1050   फ्याक्स: 652-1056

1. कम्युनिटी हेल्थ सेन्टर्स (CHC) ले 6 Archibald Street, Burlington मा रहेको इन्टिग्रेटेड आर्ट्स एकेडेमी (Integrated Arts Academy, IAA) मा बालबालिकाका लागि स्कुलमै अवस्थित रहेको डेन्टल सेन्टरको सुविधा प्रदान गर्छ।
2. Medicaid, Dr. Dynasaur मा नाम दर्ता गराएका वा कम आय भएका वा बीमा नभएका बर्लिङटन स्कुल डिस्ट्रिक्टका विद्यार्थीहरू वा निजका दिदीबहिनी-दाजुभाइहरू रहने सबै बालबालिकालाई स्वागत छ। यदि तपाईंको आय कम छ र बीमा गरिएको छैन भने CHC ले कार्यक्रमहरू र/वा हाम्रो स्लाइडिङ-फि स्केल प्रोग्राम (व्यक्तिको आयका आधारमा समायोजन गरिने सेवा शुल्क लिने कार्यक्रम) का लागि आवेदन गर्न हाम्रो बिरामी सहायता सेवा कर्मचारीसँग भेट गर्नमा तपाईंलाई मद्दत गर्नेछ।
3. कृपया यो फाराम भरेर हस्ताक्षर गर्नुहोस् र यसलाई स्कुलमा फिर्ता पठाइदिनुहोस्। यदि तपाईंलाई यस प्रक्रियामा मद्दत आवश्यक पर्छ भने CHC ले फाराम भर्नमा तपाईंलाई मद्दत गर्नेछ। कृपया आफ्नो स्कुल नर्स, स्कुलको सम्पर्क व्यक्ति वा CHC को डेन्टल सेन्टरलाई 652-1050 मा सम्पर्क गर्नुहोस्। तपाईंको बच्चाको नाम दर्ता भइसकेपश्चात् स्कुल र कम्युनिटी हेल्थ सेन्टर्सले तपाईंका लागि अरू सबै कुराहरूको ख्याल राख्नेछन्। यदि तपाईंको बच्चा IAA मा अध्ययन गर्दैनन् भने यातायातको सुविधा उपलब्ध गराउन सकिन्छ। अभिभावकहरूलाई आफ्नो बच्चाका दाँतसम्बन्धी अपोइन्टमेन्टहरूमा उपस्थित हुन प्रोत्साहित गरिन्छ भन्ने कुरा याद राख्नुहोस्। दाँतसम्बन्धी सेवाहरूका बारेमा प्रश्नहरूका लागि वा दाँतसम्बन्धी अपोइन्टमेन्टको समय पुन: निर्धारण गर्न कृपया अपोइन्टमेन्टभन्दा 24 घण्टा पहिले नै IAA लाई 802-652-1050 मा फोन गर्नुहोस्।

READ ONLY

कृपया तपाईंले फारामलाई **पूरै भर्नुभएको र हरेक पृष्ठमा हस्ताक्षर गर्नुभएको छ भनेर सुनिश्चित गर्नुहोस्।**
प्रत्येक बच्चाका लागि छुट्टाछुट्टै दर्ता फाराम आवश्यक पर्छ। अर्को फारामका लागि कृपया इन्टिग्रेटेड आर्ट्स एकेडेमीलाई 652-1050 मा फोन गर्नुहोस्।

आजको मिति____/____/____ **बच्चा अध्ययनरत स्कुल:** ______________________________

बच्चाको नाम: ________________ (थर) ________________ (नाम) ____________ (बीचको नामको प्रथमाक्षर) **बच्चाको जन्म मिति:** ____/____/____

बच्चाको सामाजिक सुरक्षा नम्बर: ______/______/______ **प्राथमिक भाषा:** ________________

स्ट्रिट ठेगाना: ____________ सहर____________ राज्य____________ जिप कोड ____________

बच्चाको चिकित्सकको नाम: ____________ फोन नम्बर ____________ पछिल्लोपटक जाँच गराएको मिति ____________

बच्चाको दन्त चिकित्सकको नाम: ____________ फोन नम्बर ____________ पछिल्लोपटक जाँच गराएको मिति ____________

जाति	लिङ्ग	यौनिक झुकाव	कानुनी लिङ्ग	जातीयता/ जातीय मूल
अफ्रिकी-अमेरिकी	पुरुष	लेस्बियन वा गे	पुरुष	हिस्प्यानिक
एशियाली-अमेरिकी	महिला	स्ट्रेट/विपरित लिङ्गी	महिला	गैर-हिस्पानिक
ककेशियन/श्वेत	ट्रान्सजेन्डर पुरुष	द्विलिङ्गी		
अमेरिकी मूल निवासी	ट्रान्सजेन्डर महिला	जानकारी दिन चाहन्न		
प्यासिफिक आइल्याण्डर	अन्य			
बहुजातीय	जानकारी दिन चाहन्न			

आमा/बुबा/अभिभावकको जानकारी

बच्चाका लागि कानुनी रूपमा जिम्मेवार व्यक्तिको नाम: ________________ नाता: ____________

घरको # ____________ कार्यालयको # ____________ सेल # ____________ इमेल: ____________

वैकल्पिक सम्पर्क व्यक्ति: ____________ घरको # ____________ कार्यालयको # ____________

सेल # ____________ नाता: ____________ इमेल: ____________

बीमा सम्बन्धी जानकारी के तपाईंको बच्चाको Medicaid छ वा बीमा **छैन** ? कृपया वर्णन गर्नुहोस्।
____

Dr. Dynasaur/Medicaid नम्बर # ________________ **दाँतसम्बन्धी बीमा छैन**

____
(आमा/बुबा/अभिभावकको हस्ताक्षर) (मिति)

दोभाषे वा अनुवाद सेवा प्रदान गरिएको र बुझिएको।

____
(यदि आमा/बुबा/अभिभावक नभएमा फाराम भर्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर) (सम्पर्क नम्बर)

Community Health Centers

Student's Name:______________________________ (Last) (First) (MI) **Student's Date of Birth:** ____________

Medical/Dental History Form

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

Medical History

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

Yes	No		Yes	No		Yes	No	
		Asthma			Allergies			Anemia
		Cancer			Congenital Heart Defect			Rheumatic Fever
		Hepatitis			Seizure/Epilepsy			Handicap/Disability
		HIV/AIDS			Tuberculosis			Heart Murmur Antibiotic needed per Dr. ________________
		Hemophilia			Abnormal Bleeding			ADHD
		Diabetes			Sinus Trouble			Autism Spectrum

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

	Yes	No		Yes	No
Does your student smoke tobacco products? How much? ____________________ Are they interested in quitting?			Does your student use recreational drugs? Does your student use alcohol?		
			Is your student pregnant or think they could be pregnant?		
*Are they taking any medications (Prescription or other) ? **See below**			Does your student have any sores in their mouth that concern them?		
Does your student have any dental or health concerns or questions that they would like to talk about?			Does your student have any safety concerns at home or with friends?		
Has your student ever been told they need antibiotics prior to dental work?			Has your student had any trouble with previous dental work?		

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

Yes	No		Yes	No		Yes	No	
		Local anesthetics (Novocain)			Codeine or other narcotics			Iodine
		Latex			Penicillin or other antibiotics			Other:
		Aspirin			Sedatives or sleeping pills			

***List all medications your student is taking (Please include prescription and non-prescription drugs):**

1.______________________________ 2.______________________________ 3.______________________________

Please sign below to ensure proper dental/ health care for your child. To the best of my knowledge, the questions on this form have been accurately answered. I understand that providing incorrect information can be dangerous to my child's health. It is my responsibility to notify the healthcare provider office of any changes in my child's medical history.

____

(Signature of parent/guardian) (Date)

Interpretation or Translation offered and understood.

____

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

Updated August 2022

विद्यार्थीको नाम: ____
(थर) (नाम) (बीचको नामको प्रथमाक्षर)

विद्यार्थीको जन्म मिति: ____________________

मेडिकल/डेन्टल इतिहास फाराम

तपाईंको विद्यार्थीको समग्र स्वास्थ्यको साथसाथै तपाईंको विद्यार्थीले लिने कुनै पनि औषधिहरूको तपाईंको विद्यार्थीको चिकित्सकीय/दाँतसम्बन्धी स्याहारमा महत्त्वपूर्ण प्रभाव पर्न सक्छ। **कृपया तलका हरेक प्रश्नको पूर्ण रूपमा जवाफ दिनुहोस्।**

मेडिकल इतिहास

के तपाईंको विद्यार्थीलाई निम्नमध्ये कुनै पनि रोग वा समस्या छ ? यदि **छ** भने कृपया अगाडिको बक्समा ठिक चिन्ह लगाउनुहोस्:

छ	छैन		छ	छैन		छ	छैन	
		दम			एलर्जीहरू			रक्तअल्पता
		क्यान्सर			जन्मजात मुटुमा खराबी			बाथज्वरो
		हेपाटाइटिस			कम्पन/छारेरोग			अपाङ्गता/अशक्तता
		एचआइभी/एड्स			क्षयरोग			मुटुको असामान्य आवाज (मर्मर) एन्टीबायिटिक आवश्यक गराइएको निम्नद्वारा: Dr.__________________
		हेमोफिलिया			असामान्य रक्तस्राव			ADHD
		मधुमेह			साइनसको समस्या			अटिजम स्पेक्ट्रम

तपाईंको विद्यार्थीका बानी ब्यहोरा र सरोकारहरूका बारेमा **अन्य स्वास्थ्य प्रश्नहरू**।

	हो	होइन		हो	होइन
के तपाईंको विद्यार्थीले सुर्तीजन्य पदार्थहरूको धुम्रपान गर्छन् ? कति ? ______________________ के उनी त्यसलाई छोड्नमा इच्छुक छन् ?			के तपाईंको विद्यार्थीले मनोरञ्जनात्मक लागूऔषध प्रयोग गर्छन् ? के तपाईंको विद्यार्थीले मदिरा प्रयोग गर्छन् ?		
			के तपाईंको विद्यार्थी गर्भवती छिन् वा उनलाई आफू गर्भवती भएको हुन सक्ने लागेको छ ?		
*के उनले कुनै पनि औषधिहरू (प्रेसक्रिप्सन वा अन्य) लिइरहेका छन् ? **तल हेर्नुहोस्**			के तपाईंको विद्यार्थीको उनलाई चिन्ता गराउने गरी मुखमा कुनै पनि घाउ आएको छ ?		
के तपाईंको विद्यार्थीको दाँत वा स्वास्थ्यसम्बन्धी कुनै पनि चिन्ताका कुरा वा प्रश्नहरू छन् जसका बारेमा उनी कुरा गर्न चाहन्छन् ?			के तपाईंको विद्यार्थीको घरमा वा साथीहरूसँग सुरक्षासम्बन्धी कुनै पनि चिन्ताका कुराहरू छन् ?		
के तपाईंको विद्यार्थीलाई दाँतसम्बन्धी कार्य गर्नुभन्दा पहिले उनलाई एन्टीबायिटिक आवश्यक पर्छ भनेर कहिल्यै बताइएको छ ?			के तपाईंको विद्यार्थीलाई पहिलेको दाँतसम्बन्धी कार्यगर्दा कुनै समस्या भएको छ ?		

के तपाईंको विद्यार्थी निम्नमध्ये कुनै पनि कुरासँग **एलर्जिक** छन् वा तिनीहरूबाट खराब प्रतिक्रिया भएको थियो ? यदि **छ** भने कृपया अगाडिको बक्समा ठिक चिन्ह लगाउनुहोस्:

हो	होइन		हो	होइन		हो	होइन	
		लोकल एनेस्थेटिकहरू (नोभोकेन)			कोडिन वा अन्य लागूपदार्थहरू			आयोडिन
		ल्याटेक्स			पेनिसिलिन वा अन्य एन्टीबायिटिकहरू			अन्य:
		एस्पिरिन			सेडेटिभ (बेहोश पार्ने औषधि) वा स्लिपिङ पिलहरू			

***तपाईंको विद्यार्थीले लिँदै गरेका सबै औषधिहरू सूचिकृत गर्नुहोस् (कृपया प्रेसक्रिप्सन र गैर प्रेसक्रिप्सन औषधिहरू समावेश गर्नुहोस्):**

1. ______________________ 2. ______________________ 3. ______________________

कृपया आफ्नो बच्चाका लागि सही दाँत/स्वास्थ्यसम्बन्धी स्याहार सुनिश्चित गर्न तल हस्ताक्षर गर्नुहोस्। मलाई थाहा भएसम्म यस फाराममा भएका प्रश्नहरूको सही जवाफ दिइएको छ। गलत जानकारी उपलब्ध गराउँदा मेरो बच्चाको स्वास्थ्यलाई खतरनाक हुन सक्ने कुरा मैले बुझ्दछु। मेरो बच्चाको मेडिकल इतिहासमा हुने कुनै पनि परिवर्तनहरूका बारेमा स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको कार्यालयलाई सूचित गर्ने मेरो जिम्मेवारी हुन्छ।

____
(आमा/बुबा/अभिभावकको हस्ताक्षर) (मिति)

दोभाषे वा अनुवाद सेवा प्रदान गरिएको र बुझिएको।

____
(यदि आमा/बुबा/अभिभावक नभएमा फाराम भर्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर) (सम्पर्क नम्बर)

READ ONLY

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

Consent to the Provision of Services

I authorize CHC 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

Dental services for elementary, middle school and high school students are provided at the School-Based Dental Center at the Integrated Arts Academy. 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.

a) If my child needs transportation as indicated below, **I consent to having CHC schedule SSTA transportation to take my child to and from the IAA School for dental services, at no cost to me.** CHC 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:

- ☐ Should be transported home.
- ☐ If at least 16 years of age, may leave and walk home under their own supervision.

\-

____

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)

विद्यार्थीको नाम: ______________________ (थर) (नाम) (बीचको नामको प्रथमाक्षर) **विद्यार्थीको जन्म मिति:** ______________________

मेडिकल/डेन्टल इतिहास फाराम

स्कुलमा अवस्थित डेन्टल सेन्टरमा सहभागी हुनुभन्दा पहिले नै अनिवार्य रूपमा भरिनुपर्छ

सेवाका प्रावधानमा सहमति

म CHC लाई स्कुलमा अवस्थित डेन्टल सेन्टरमा निम्न अवस्थामा मेरो बच्चालाई जाँच गर्न अधिकार प्रदान गर्छु:

- ☐ मेरो बच्चालाई जहिलेसुकै दाँतसम्बन्धी स्याहार आवश्यक पर्दा
- ☐ मैले निश्चित लिखित अनुमति प्रदान गरेको बेलामा मात्र (चिकित्सकीय, दाँतसम्बन्धी वा व्यवहारजन्य स्वास्थ्य आकस्मिकतामा बाहेक)
- ☐ म उपस्थित भएको बेलामा मात्र (चिकित्सकीय, दाँतसम्बन्धी वा व्यवहारजन्य स्वास्थ्य आकस्मिकतामा बाहेक)

आकस्मिक सम्पर्क/स्वास्थ्य स्थिति वा संरक्षकत्व जिम्मामा परिवर्तनहरू

म निम्न अवस्थाहरूका बारेमा लिखितमा स्कुलमा अवस्थित डेन्टल सेन्टरका कर्मचारीलाई तत्कालै जानकारी गराउनेछु भनेर पनि सहमत छु:

1) मेरो बच्चाको शारीरिक वा दाँतसम्बन्धी स्वास्थ्यमा हुने कुनै पनि परिवर्तन र

2) मेरो बच्चाको तर्फबाट यो सहमति उपलब्ध गराउने मेरो क्षमतालाई प्रभावित गर्ने मेरो बच्चाको संरक्षकत्व जिम्मा वा अभिभावकत्वमा हुने कुनै पनि परिवर्तन।

इन्टिग्रेटेड आर्ट्स एकेडेमीमा रहेको स्कुलमा अवस्थित डेन्टल सेन्टरमा ल्याउन-लैजानका लागि यातायातसम्बन्धी सम्झौता

इलिमेन्ट्री स्कुल, मिडल स्कुल र हाइ स्कुलका विद्यार्थीहरूलाई दाँतसम्बन्धी सेवाहरू इन्टिग्रेटेड आर्ट्स एकेडेमीमा रहेको स्कुलमा अवस्थित डेन्टल सेन्टरमा उपलब्ध गराइन्छ। बर्लिङटनक स्कुलहरू र इन्टिग्रेटेड आर्ट्स एकेडेमीमा रहेको स्कुलमा अवस्थित डेन्टल सेन्टरमा ल्याउन-लैजानका निम्ति Medicaid योग्य विद्यार्थीहरूलाई यातायात सेवाहरू उपलब्ध गराउनका लागि भर्मोन्ट राज्यले SSTA सँग करार गरेको छ।

क) यदि मेरो बच्चालाई तल उल्लेख गरेअनुसार यातायात आवश्यक पर्छ भने **मलाई खर्च नलाग्ने गरी दाँतसम्बन्धी सेवाहरूका लागि मेरो बच्चालाई IAA स्कुलमा लिएर जान र त्यहाँबाट ल्याउनका निम्ति SSTA यातायातको समयतालिका मिलाउन म CHC लाई सहमति प्रदान गर्छु।** CHC ले यातायात र भुक्तानीसम्बन्धी प्रयोजनहरूका लागि मेरो बच्चाको आवश्यकताका बारेमा जानकारी खुलासा गर्न सक्नेछ।

ख) त्यस्ता यातायात सेवाहरूका लागि SSTA ले Medicaid बाट सोधभर्ना खोज्न सक्छ भन्ने कुरामा म सहमत छु।

यदि मेरो बच्चालाई स्कुल लागेको दिनको अन्तिमतिर जाँच गरिन्छ भने:

- ☐ मेरो बच्चालाई घरमा ल्याएर छोडिनुपर्छ।
- ☐ कम्तीमा पनि 16 वर्षको भएमा मेरो बच्चा आफ्नै सुपरिवेक्षण स्कुलबाट निस्केर हिँडेर घर आउन सक्नेछन्।

म (आमाबुबा वा अभिभावकको नाम), ______________________ ले माथिको सामाग्री पढेको छु र यसको अर्थलाई बुझेको छु। तलको मेरो हस्ताक्षर मैले यस फारामको समीक्षा गरेको, यसमा भएको जानकारी बुझेको र वर्णन गरिएका सबै कार्यहरूमा सहमति जनाएको छु भन्ने अभिस्विकृति हो। मेरो हस्ताक्षरले यस फारामको दुवै भागतिर उपलब्ध गराइएको जानकारीको शुद्धता पनि प्रमाणित गर्छ।

______________________ ______________

(आमा/बुबा/अभिभावकको हस्ताक्षर) (मिति)

दोभाषे वा अनुवाद सेवा प्रदान गरिएको र बुझिएको।

______________________ ______________

(यदि आमा/बुबा/अभिभावक नभएमा फाराम भर्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर) (सम्पर्क नम्बर)

READ ONLY

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. (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. Dental services include: Exams, x-rays, dental cleanings, fluoride application, sealants, fillings, extractions and pulp therapy (primary teeth only), and application of silver diamine fluoride (see attached letter). I further understand this consent covers only dental services provided at the School-Based Dental Center at the Integrated Arts Academy and at the Community Health Centers of Burlington (CHC). I understand CHC 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 CHC 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 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 : CHC is authorized to provide 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. Hospitals: University of Vermont Medical Center (UVMMC), 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, UVMMC 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, UVMMC Pain Management • Radiology: CVMC Radiology, NWMC, Porter, Copley and VT Open MRI • Sleep Study: VT Medical Sleep Disorder, UVMMC 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 & 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. 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.

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 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.

IV. **Assignment of Benefits:** I hereby assign to CHC 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 CHC. I further authorize CHC to bill and receive payment directly from Medicaid /Medicare 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

उपचारका लागि सहमति र स्वास्थ्य जानकारी जारी गर्ने सहमति

उपचार, भुक्तानी र स्वास्थ्य सेवा सञ्चालन कार्यहरूका लागि

I. उपचारका लागि सहमति

म यसैद्वारा कम्युनिटी हेल्थ सेन्टर्स अफ बर्लिङटन, इन्क (CHC) लाई मैरै वा नाम दिइएको बिरामीको (जसको म आमाबुबा वा कानुनी अभिभावक हुँ जोसँग नाम दिइएको बिरामीको उपचारका लागि सहमति दिने अधिकार छ) उपचारका लागि मेरो सहमति दिन्छु। उपचारमा स्वास्थ्य स्क्रिनिङ, निदान, चिकित्सकीय उपचार, दाँतसम्बन्धी स्याहार; सामाजिक सेवाहरू; र/वा मानसिक स्वास्थ्य र लागू पदार्थ तथा मदिरासम्बन्धी स्क्रिनिङ, मूल्याङ्कन निदान र उपचार पर्न सक्छन्। दाँतसम्बन्धी सेवाहरूमा निम्न पर्दछन्: जाँच, एक्स-रे, दाँतको सरसफाइ, फ्लोराइड लगाउने, फिलिङ (दाँतमा भर्ने), एक्स्ट्रेक्सन (दाँत निकाल्ने) र पल्प; थेरापी (दूधे दाँत मात्र) र सिल्भर डायमिन फ्लोराइड लगाउने (संलग्न गरेर पठाइएको पत्र हेर्नुहोस्)। यो सहमतिले इन्टिग्रेटेड आर्ट्स एकेडेमीमा रहेको स्कुलमा अवस्थित डेन्टल सेन्टरमा र कम्युनिटी हेल्थ सेन्टर्स अफ बर्लिङटन (CHC) मा उपलब्ध गराइने दाँतसम्बन्धी सेवाहरूलाई मात्र समेट्छ भन्ने कुरा पनि म बुझ्दछु। CHC ले संघ र राज्यको कानुनद्वारा आवश्यक गराएको हदसम्म मेरो बच्चाको स्वास्थ्य र शैक्षिक रेकर्डहरूको गोपनीयतालाई सुरक्षित राख्नेछ भन्ने कुरा म बुझ्दछु। मेरो बच्चाको तस्वीर परिचयसम्बन्धी प्रयोजनहरूका लागि मात्र लिइनेछ र CHC रेकर्डहरूभित्र राखिनेछ भन्ने कुरा म बुझ्दछु।

II. उपचार, भुक्तानी र स्वास्थ्य स्याहार सञ्चालन कार्यहरूका लागि स्वास्थ्य/उपचार रेकर्डहरू लगायत स्वास्थ्य जानकारी जारी गर्ने सहमति: म CHC द्वारा निम्न प्रयोजनहरूका लागि मेरो (वा म आमाबुबा वा कानुनी अभिभावक भएको यसमा नाम दिइएको बिरामीको) चिकित्सकीय, दाँतसम्बन्धी, लागूऔषध तथा मदिरा, मानसिक स्वास्थ्य तथा अन्य उपचार र स्वास्थ्य रेकर्डहरू तथा जानकारी (यस सहमतिमा त्यस्ता स्वास्थ्य रेकर्डहरू तथा जानकारीलाई मेरो "स्वास्थ्य जानकारी"भनिएको छ) लाई CHC भित्रै प्रयोग गर्न वा CHC भन्दा बाहिरका मानिस वा संस्थाहरूलाई खुलासा गर्न सहमति जनाउँछु।

क. उपचार र स्वास्थ्य सेवा सञ्चालन कार्यहरूका लागि CHC द्वारा वा का लागि स्वास्थ्य जानकारीको प्रयोग:

- CHC कर्मचारीद्वारा उपचार उपलब्ध गराउन;
- CHC का वित्तीय वा गुणस्तर निश्चितता लेखापरीक्षणहरू र तालिम लगायतका स्वास्थ्य सेवा सञ्चालन कार्यहरू गर्न।

ख. उपचार प्रयोजनहरूका लागि CHC भन्दा बाहिरका मानिसहरूलाई स्वास्थ्य जानकारीको खुलासा: यदि मलाई निम्न स्वास्थ्य प्रदायकहरूमध्ये कुनैमा पनि उपचारका लागि रेफर गरेर पठाइन्छ भने CHC सँग लागूपदार्थ तथा मदिराको दुर्व्यसनको उपचार बारेको जानकारी लगायत CHC द्वारा निर्धारण गरिएका सबै आवश्यक स्वास्थ्य जानकारी ती स्वास्थ्य प्रदायकहरूलाई उपलब्ध गराउन अधिकार हुन्छ: अस्पतालहरू: युनिभर्सिटी अफ भर्मोन्ट मेडिकल सेन्टर (UVMMC), कोप्ले हस्पिटल, पोर्टर हस्पिटल, नर्थवेस्टर्न मेडिकल सेन्टर, सेन्ट्रल भर्मोन्ट चिकित्सकीय सेन्टर: (CVCA), डार्टमाउथ हिचकक मेडिकल सेन्टर: (DHMC)। एलर्जी: टिम्बरलेन एलर्जी एण्ड आज्मा एसोसिएट्स, अडियोलोजी: एडिरोन्डेक अडियोलोजी एसोसिएट्स • कार्डियोलोजी: CVCA, सेन्ट्रल VT कार्डियोलोजी, NWMC कार्डियो, DHMC कार्डियोलोजी • डर्माटोलोजी: डोर्सेट स्ट्रिट डर्माटोलोजी, फोर सिजन्स डर्माटोलोजी • ग्यास्ट्रोइन्ट्रियोलोजी: VT ग्यास्ट्रोइन्ट्रियोलोजी, नर्थवेस्टर्न मेडिकल सेन्टर • गृह स्वास्थ्य: बेयाडा होम हेल्थ, UVMMC होम हेल्थ एण्ड हस्पिस • न्यूरोलोजी: DHMC न्यूरोलोजी, न्यूरोलोजिकल एसोसिएट्स अफ बर्लिङटन • OB/GYN: लेक च्याम्पलेन गाइनोकोलोजी, मैत्री, Maitri, VT गाइनोकोलोजी • अर्थो: NWMC अर्थो, म्यान्सफिल्ड अर्थो • अक्सिमेट्री: लाइनकेयर • दुखाइका लागि क्लिनिक: VT इन्टरभेन्सनल स्पाइन सेन्टर, VT पेन म्यानेजमेन्ट, UVMMC पेन म्यानेजमेन्ट • रेडियोलोजी: CVMC रेडियोलोजी, NWMC, पोर्टर, कोप्ले र VT ओपन MRI • निद्रासम्बन्धी अध्ययन: VT मेडिकल स्लिप डिसअर्डर, UVMMC स्लिप प्रोग्राम • युरोलोजी: DHMC युरोलोजी, ग्रिन माउन्टेन्स युरोलोजी • भूपू सैनिक: भेट्रान्स एड्मिनिस्ट्रेसन प्रोग्राम्स end फेसिलिटीज • शारीरिक थेरापी (PT): PT 360, अल वेलनेस PT, एप्पलट्रि बे, क्याटामाउन्ट PT, च्याम्पलेन PT, च्वाइस PT, कर्नरस्टोन PT, DEE PT, एज PT, इलाइट हेल्थ एण्ड वेलनेस, एसेक्स PT, एभ्री वुमन, इभोलुसन थेरापी एण्ड योगा, एक्सेल PT, फेयरफ्याक्स PT, फोर्एभर फिट, जेनेसिस PT, ग्रिन माउन्टेन PT, इन्जरी एण्ड हेल्थ म्यानेजमेन्ट सोलुसन्स, इन्स्पायर PT, आइल्याण्ड PT, लिभिङ वेल सेन्टर फर इन्टिग्रेटेड हेल्थ, लङ ट्रेल PT, अन ट्र्याक PT, पिक PT, पेल्भिक हेल्थ, फिनिक्स PT, पिनाकल PT, रिह्याब जिम, ट्रान्जिसन्स PT, टिम्बरलेन PT, भास्टा PT र भर्मोन्ट PT, च्याम्पलेन भ्याली फुट एण्ड एन्कल, एसोसिएट्स इन अर्थोपेडिक सर्जरी, एप्पलट्रि बे फिजिकल थेरापी, फोर सिजन्स डर्माटोलोजी, इभोलुसन फिजिकल थेरापी एण्ड योगा, ह्यान्ड सर्जरी एसोसिएट्स, ग्रिन माउन्टेन थेरापी वा रिह्याब जिम।

III. यो सहमतिको समाप्ति र बन्देजहरू:

मसँग यस सहमतिलाई कुनै पनि समय रद्द गर्ने अधिकार हुन्छ तर मैले यस सहमतिलाई रद्द गर्नुअघि यस सहमतिको आधारमा CHC द्वारा चालिएका कुनै पनि कार्यहरूलाई यस रद्द गर्ने कार्यले कुनै प्रभाव पार्नेछैन भन्ने कुरा मैले बुझ्दछु। यदि पहिले नै रद्द नगरिएको खण्डमा यो सहमति निम्न मिति, घटना वा अवस्थामा समाप्त हुनेछ: __________ । यदि केही पनि उल्लेख नगरिएको भएमा यो सहमति मलाई सेवाहरू प्रदान गरिएको अन्तिम मितिबाट **तीन वर्ष**मा समाप्त हुनेछ। मैले यस सहमतिमा वर्णन गरिएका प्रयोजनहरूका लागि मेरो स्वास्थ्य जानकारीको प्रयोग वा खुलासामा बन्देजहरू लगाउन अनुरोध गर्न सक्छु र CHC ती अनुरोध गरिएका बन्देजहरूमा सहमत हुन पनि सक्छ वा नहुन पनि सक्छ भन्ने कुरा म बुझ्दछु। आफूले सहमति जनाएको स्वास्थ्य जानकारीको प्रयोग वा खुलासामा ती बन्देजहरू बाहेक CHC ले म (वा नाम दिइएको बिरामी) लाई हस्ताक्षर गरिएको यो सहमतिबिना सेवाहरू उपलब्ध गराउन सक्ने छैन।

IV. **सुविधाहरूको हकदार नियुक्त गर्ने:** म यसैद्वारा CHC द्वारा मलाई प्रदान गरिएका स्वास्थ्य स्याहार, व्यवहारजन्य स्वास्थ्य, मनोरोग चिकित्सा वा दाँतसम्बन्धी स्वास्थ्य सेवाहरूका लागि Medicaid, Medicare वा कुनै पनि स्वास्थ्य बीमा पोलिसीअन्तर्गत म हकदार रहेको कुनै र सबै भुक्तानीहरूका लागि CHC लाई हकदार नियुक्त गर्छु। CHC ले मलाई प्रदान गरिएका र बीमा कभरेजका लागि म हकदार हुन सक्ने सेवाहरूका लागि म CHC लाई बिल लगाएर सिधैं Medicaid/Medicare वा मेरो बीमा कम्पनी(हरू) बाट भुक्तानी प्राप्त गर्न पनि अधिकार प्रदान गर्छु। मैले प्राप्त गरेको वा प्राप्त गरिरहेको स्वास्थ्य स्क्रिनिङ, निदान, चिकित्सकीय उपचार, दाँतसम्बन्धी स्याहार, सामाजिक र मानसिक स्वास्थ्य सेवाहरूको समयावधिहरूका लागि उपलब्ध गराइएका सेवाहरूका निम्ति बिल लगाउने प्रयोजनहरूका लागि Medicaid वा मेरो स्वास्थ्य बीमा कम्पनी(हरू) लाई कुनै पनि आवश्यक जानकारी दिन पनि म CHC लाई अधिकार प्रदान गर्छु। CHC मा मेरो स्याहारको परिणामस्वरूप लागेर भुक्तानी हुन बाँकी रहेका कुनै पनि शुल्कहरूका लागि म वित्तीय रूपमा जिम्मेवार हुन्छु भन्ने कुरा म बुझ्दछु र त्यसलाई स्वीकार गर्छु।

READ ONLY

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

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 CHC'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 how CHC 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.

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

How did you hear about us?

- ☐ **Parent/Friend**
- ☐ **School Nurse**
- ☐ **Tooth Tutor**
- ☐ **CHC 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)

मैले उपलब्ध गराएको जनसांख्यिकीय जानकारी मलाई थाहा भएसम्म सत्य तथा ठिक छ भन्ने कुरा म बुझ्दछु।

म यसैद्वारा यो स्वीकार गर्छु कि मलाई CHC को भुक्तानी अपेक्षाहरू भएको कागजपत्रको प्रति प्रदान गरिएको छ र म यी अपेक्षाहरूलाई बुझ्दछु र तिनीहरू पालना गर्ने सहमति जनाउँछु भनेर स्वीकार गर्छु।

म यसैद्वारा यो स्वीकार गर्छु कि मलाई गोपनीयता अभ्यासहरूको सूचनाको प्रति प्रदान गरिएको छ र गोपनीयता कानुनअनुसार CHC ले मेरो संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी कसरी प्रयोग गर्न सक्नेछ वा सक्ने छैन भन्ने कुरा म बुझ्दछु।

कम्युनिटी हेल्थ सेन्टर्स अफ बर्लिङटन, इन्कले अपोइन्टमेन्टका बारेमा याद गराउन र अन्य घोषणाहरूका लागि मलाई सम्पर्क गर्न उपलब्ध गराइएको कुनै पनि इमेल ठेगाना वा मोबाइल फोन नम्बर प्रयोग गर्न सक्नेछ भन्ने कुरा म बुझ्दछु। इमेल ठेगाना र मोबाइल फोन नम्बरहरू तेस्रो पक्षलाई बिक्री गरिने छैन वा तिनीहरूलाई मार्केटिङ प्रयोजनहरूका लागि प्रयोग गरिने छैन।

मैले उपचारका लागि सहमति र स्वास्थ्य जानकारी जारी गर्ने सहमतिलाई पढेको छु र म यसको विषयवस्तुलाई बुझ्दछु र त्यसमा सहमति जनाउँछु।

READ ONLY

तपाईंले हाम्रो बारेमा कसरी थाहा पाउनुभयो ?

- ☐ **अभिभावक/मित्र**
- ☐ **स्कुल नर्स**
- ☐ **टुथ ट्युटर**
- ☐ **CHC रेफरल**

बिरामीको नाम: ______________________ जन्म मिति ______________________

बिरामीको हस्ताक्षर: ______________________ मिति: ______________________

आमा/बुबा/अभिभावक: ____

आमा/बुबा/अभिभावकको हस्ताक्षर: ______________________ मिति: ______________________

दोभाषे वा अनुवाद सेवा प्रदान गरिएको र बुझिएको।

____ ______________
(यदि आमा/बुबा/अभिभावक नभएमा फाराम भर्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर) (सम्पर्क नम्बर)

Community Health Centers

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:

- 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 consent to the use of SDF as prescribed by the CHC provider:

Yes_______ No_______

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

Signature of Parent/Guardian_________________________________Date________

विद्यार्थीको नाम:_______________________________ **विद्यार्थीको जन्म मिति:**__________________
(थर) (नाम) (बीचको नामको प्रथमाक्षर)

मेडिकल/डेन्टल इतिहास फाराम

सिल्भर डायमिन फ्लोराइडका बारेमा महत्त्वपूर्ण जानकारी

सिल्भर डायमिन फ्लोराइड (SDF): एन्टीबायिटिक तरल हो। हामीले यसलाई दाँतलाई सड्नबाट रोक्नमा मद्दतका लागि दाँतमा लगाउँछौं। SDF ले सडनलाई कालो बनाइदिन्छ; सडेको क्षेत्र मात्र कालो बन्नेछ। स्वस्थ दाँतको संरचनामा कुनै प्रभाव पर्ने छैन। केही मामिलाहरूमा दाँतलाई कुनै पनि थप दाँतसम्बन्धी उपचार आवश्यक नपर्न सक्छ।

SDF प्रयोग गर्नुका फाइदाहरू:

- बिरामीले सुई लगाउनुपर्दैन, कुनै पनि अचेत वा लाटो गराउने औषधि आवश्यक पर्दैन ! SDF को प्रयोग दुखाइरहित हुन्छ किनभने यसलाई नियमित फ्लोराइडमा जस्तै दाँतको सतहमा ब्रसमार्फत लगाइन्छ !
- दुखाइरहित र लगाउन सजिलो !

SDF का बेफाइदाहरू:

- धेरैपटक लगाएपछि सबैभन्दा प्रभावकारी।
- उपचार गरिएको दाँतलाई कत्तिको सडन भएको छ भन्ने आधारमा भविष्यमा अझैं पनि नियमित दाँतसम्बन्धी उपचार (दाँत भर्ने, निकाल्ने) आवश्यक पर्न सक्नेछ।

READ ONLY

म निम्नको आमा/बुबा/अभिभावक हुँ:

नाम ______________________________ **जन्म मिति** ________________________

म CHC प्रदायकद्वारा प्रेस्काइब गरेअनुसार SDF को प्रयोगमा सहमति जनाउँछु:

हो _______ होइन ______

तलको मेरो हस्ताक्षर मैले यस फारामको समीक्षा गरेको, यसमा भएको जानकारी बुझेको र माथि सूचिकृत सबै कार्यहरूमा सहमति जनाएको छु भन्ने अभिस्विकृति हो।

आमा/बुबा/अभिभावकको हस्ताक्षर __________________________ मिति