

معلومات المريض يرجى تعبئة النموذج بالكامل بقلم حبر أزرق أو أسود فقط

الاسم الأخير		الاسم الأول		حرف الاسم الأوسط		اللقب/الاسم المختار	
عنوان الشارع		المدينة		الولاية		الرمز البريدي	
رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	هاتف المنزل	هاتف النهار	الهاتف المحمول			
عنوان البريد الإلكتروني		وسيلة الاتصال المفضلة <input type="checkbox"/> الهاتف <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> رسالة نصية					
الحالة الاجتماعية		العرق		اللغة الأولى إن لم تكن الإنجليزية: _____ هل تحتاج إلى خدمات ترجمة شفوية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
<input type="checkbox"/> عازب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق	<input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> ارتباط مدني	<input type="checkbox"/> أميركي أفريقي <input type="checkbox"/> أميركي آسيوي <input type="checkbox"/> قوقازي/أبيض	<input type="checkbox"/> أميركي أصلي <input type="checkbox"/> باسيفي <input type="checkbox"/> متعدد الأعراق	<input type="checkbox"/> إسباني <input type="checkbox"/> غير إسباني			
طبيب الرعاية الأولية		عامل زراعي		معلومات الأسرة المالية			
<input type="checkbox"/> متنقل <input type="checkbox"/> موسمي		هل أنت محارب أميركي قديم؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		كمرکز صحي يتلقى تمويلًا فيدراليًا، فإننا مطالبون بجمع هذه المعلومات. جميع الإجابات سرية. حجم الأسرة/المنزل: _____ دخل المنزل: \$ _____ <input type="checkbox"/> سنويًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> شهريًا			
الجنس القانوني	الجنس الحالي	الهوية الجنسية	الوضع الزواجي	التوجه الجنسي			
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	<input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر متحول جنسيًا (أنثى إلى ذكر) <input type="checkbox"/> أنثى متحولة جنسيًا (ذكر إلى أنثى)	<input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> غير متزوج <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> أختار عدم الإفصاح	<input type="checkbox"/> سوي أو متباين الجنس <input type="checkbox"/> مثلي الجنس <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس <input type="checkbox"/> شيء آخر <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/> أختار عدم الإفصاح			
الضمان (اختياري): _____		حالة السكن، هل أنت مشرد؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> إذا كنت مشردًا، هل أنت: <input type="checkbox"/> تعيش مع آخرين <input type="checkbox"/> لا		موقع الصيدلية			
الاسم		الاسم					
جهة اتصال الطوارئ		جهة اتصال الطوارئ					
الاسم		صلة القرابة					
معلومات الطرف المسؤول (لا بد أن يكون لأي مريض دون 18 عامًا من العمر طرف مسؤول عنه)		معلومات الطرف المسؤول (لا بد أن يكون لأي مريض دون 18 عامًا من العمر طرف مسؤول عنه)					
<input type="checkbox"/> المريض (18 عامًا أو أكبر) <input type="checkbox"/> ولي أمر وصي <input type="checkbox"/> وصي (إثبات الحالة القانونية مطلوب للعلاج)		<input type="checkbox"/> المريض (18 عامًا أو أكبر) <input type="checkbox"/> ولي أمر وصي <input type="checkbox"/> وصي (إثبات الحالة القانونية مطلوب للعلاج)					
الاسم الأخير		الاسم الأول		حرف الاسم الأوسط		الرمز البريدي	
العنوان		المدينة		الولاية		الرمز البريدي	
تاريخ الميلاد		هاتف المنزل		معلومات التأمين الطبي			
لدي تأمين أسنان حاليًا (انظر أدناه)		لدي تأمين طبي حاليًا (انظر أدناه)		لدي تأمين طبي حاليًا (انظر أدناه)			
ليس لدي تأمين أسنان حاليًا		ليس لدي تأمين طبي حاليًا		ليس لدي تأمين طبي حاليًا			
أود التقدم بطلب لجدول الرسوم المتغيرة		أود التقدم بطلب لجدول الرسوم المتغيرة		أود التقدم بطلب لجدول الرسوم المتغيرة			
اسم التأمين الأسنان:		اسم التأمين الطبي:		اسم التأمين الطبي:			
رقم البوليصه/الهوية:		رقم البوليصه/الهوية:		رقم البوليصه/الهوية:			
لدي تأمين أسنان ثانوي حاليًا (انظر أدناه)		لدي تأمين طبي ثانوي حاليًا (انظر أدناه)		لدي تأمين طبي ثانوي حاليًا (انظر أدناه)			
اسم التأمين الأسنان:		اسم التأمين الطبي:		اسم التأمين الطبي:			
رقم البوليصه/الهوية:		رقم البوليصه/الهوية:		رقم البوليصه/الهوية:			



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 ☐ Good Health ☐ Winooski ☐ Essex

PATIENT INFORMATION PLEASE COMPLETE (Fill out) entire form in Black or Blue Pen Only

LAST NAME		FIRST NAME		MIDDLE INITIAL	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	
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	
PRONOUNS (Optional): _____		FAMILY FINANCIAL INFORMATION As a Health Center that receives Federal funding, we are required to collect this information. All answers are confidential. Family/Household Size: _____ Household Income: \$ _____ <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Annually <input type="checkbox"/> Biweekly <input type="checkbox"/> Monthly			
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: _____

موافقة على العلاج وموافقة على الإفصاح عن معلومات صحية

I. الموافقة على العلاج

أنا أُمْنَح بموجب هذا موافقتي على علاج نفسي أو المريض المذكور (والذي أنا ولي أمره أو وصيه القانوني الذي لديه الحق بالموافقة على علاج المريض المذكور) إلى مراكز الصحة المجتمعية (CHC). يمكن أن يشمل العلاج الفحص الصحي والتشخيص والعلاج الطبي ورعاية الأسنان؛ والخدمات الاجتماعية، أو الفحص والتقييم والتشخيص والعلاج للصحة النفسية والمخدرات والكحول.

II. الموافقة على الإفصاح عن المعلومات الصحية:

أنا أوافق على الاستخدام ضمن CHC وعلى الإفصاح إلى أشخاص أو منظمات خارج CHC عن السجلات الطبية وسجلات الأسنان والمخدرات والكحول والحالة الذهنية والسجلات النفسية وسجلات العلاج والسجلات الصحية الأخرى الخاصة بي (أو بالمريض المذكور الذي أنا ولي أمره أو وصيه القانوني) ("المعلومات الصحية") بواسطة CHC للأغراض التالية:

أ. استخدام المعلومات الصحية بواسطة CHC للعلاج والحداد وعمليات الرعاية الصحية:

- توفير العلاج بواسطة طاقم CHC.
- القيام بعمليات الرعاية الصحية، بما فيها التدقيقات المالية أو تدقيقات ضمان الجودة و/أو التدريب.
- إرسال الفواتير إلى شركة تأمينك مباشرة.
- الدفع مقابل الخدمات التي تقدمها CHC. تمتلك CHC الإذن بالحصول على الدفعات مقابل خدمات الرعاية الصحية، ويمكنها تقديم السجلات الصحية إلى شركات التأمين أو مؤمّني تعويضات العمال أو الوكالات الأخرى التي تدفع مقابل الخدمات الصحية، أو معلومات التأمين المحدثة الأخرى في سجل CHC.

ب. الإفصاح عن المعلومات الصحية للأشخاص أو المنظمات خارج CHC لأغراض العلاج:

- لدى CHC الإذن بتوفير كل المعلومات الصحية إلى المزودين الصحيين الآخرين أو الوكالات الأخرى المشاركة في رعايتك. يشمل هذا السجلات الطبية السابقة من المنظمات الخارجية. (ينبغي أن يرسل الإفصاح الفردي إلى كل الأسرة أو الأصدقاء أو الأشخاص الآخرين الذين تود لهم الوصول إلى معلومات سجلك الطبي).



- RIVERSIDE • SAFE HARBOR • PEARL STREET • SCHOOL-BASED DENTAL CENTER •
- CHAMPLAIN ISLANDS • SOUTH END • GOOD HEALTH • WINOOSKI • ESSEX •

Consent for Treatment and Consent to Release Health Information

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 (CHC). 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 health information:

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, psychiatry and other treatment and health records ("health information") by CHC for the following purposes:

A. Use of health information by or for CHC for treatment, payment, and health care operations:

- Providing treatment by CHC staff.
- Conducting health care operations, including financial or quality assurance audits and/ or training.
- Bill your insurance company directly
- Payment for services provided by CHC. CHC is authorized to obtain payment for health care services and can provide health records to insurance companies, workers compensation insurers or other agencies that pay for health services, or other updated insurance information on file with CHC.

B. Disclosure of health information to persons or organizations outside of CHC for treatment purposes:

- CHC is authorized to provide all health information to other health providers or agencies who participate in your care. This includes past medical records from outside organizations. (An Individual release of information must be submitted for all family, friends, or other persons that you wish to access your Medical Record information.)

III. تعيين المنافع

أنا أسمح لمراكز الصحة المجتمعية (CHC) بتقديم الفواتير وتلقي الدفع مباشرة من Medicaid / Medicare أو من أي جهات تأمين أخرى مقابل الخدمات التي تقدم لي.

أنا أعين بموجب هذا إلى مراكز الصحة المجتمعية (CHC) كل الدفعات المستحقة لي من Medicaid أو Medicare أو أي بوليصة تأمين صحي لخدمات الرعاية الصحية المقدمة إلي من قبل مراكز الصحة المجتمعية (CHC).

أنا أفهم أنني مسؤول عن أية أرصدة غير مسددة تنشأ عن رعايتي في مراكز الصحة المجتمعية (CHC).

أنا أفهم أن المعلومات الديموغرافية التي وفرتها حقيقية وصحيحة على أفضل علمي.

تتوفر نسخة عن توقعات السداد من CHC عند طلبك.

IV. الإنهاء وقيود هذه الموافقة:

A. أنا أفهم أن لدي الحق في إلغاء هذه الموافقة في أي وقت كتابيًا، ولن يؤثر إلغاء هذه الموافقة على أية إجراءات تتبعها CHC بناءً على هذه الموافقة قبل إلغائها. إذا لم تُلغ سابقًا، فإن هذه الموافقة ستنتهي في التاريخ التالي: _____ . إذا لم تتم الإشارة إلى نهاية محددة، ستنتهي هذه الموافقة بعد ثلاث سنوات من آخر تاريخ خدمات لي.

B. أنا أفهم أنني يمكن أن أطلب قيودًا على استخدام معلوماتي الصحية أو الإفصاح عنها للأغراض الموضحة في هذه الموافقة وأن CHC يمكن أن توافق أو لا توافق على الطلب. كما أنني أفهم أنه باستثناء تلك القيود على استخدام المعلومات الصحية أو الإفصاح عنها التي توافق عليها، فإن CHC لن تستطيع توفير الخدمات لي (أو للمريض المذكور) دون هذه الموافقة الموقعة.

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

أنا أؤكد أن خدمات الوصول اللغوي قد عرضت عليّ قبل أن أوقع نموذج الموافقة على العلاج والموافقة على الإفصاح عن المعلومات الصحية هذا.

اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: _____
توقيع المريض: _____ التاريخ: _____
ولي الأمر/الوصي: _____
توقيع ولي الأمر/الوصي: _____ التاريخ: _____

مطلوب

III. Assignment of Benefits

I authorize CHC to bill and receive payment directly from Medicaid /Medicare or any other insurance carrier for services provided to me.

I hereby assign to CHC all payments from Medicaid, Medicare, or any health insurance policy for health care, rendered to me by CHC.

I understand I am responsible for any unpaid balances incurred because of my care at CHC.

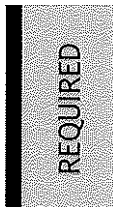
I understand that, to the best of my knowledge, the demographic information I have provided is true and correct.

A copy of the CHC payment expectations is available at your request.

IV. Termination and restrictions of this consent:

- A. I understand that I have the right to cancel this consent at any time in writing, cancelling this consent will not affect any actions taken by CHC in reliance of this consent before it was cancelled. If not previously cancelled, this consent will end on the following date: _____. If none is indicated, this consent will end three years after the last date of services to me.
- B. 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 CHC may or may not agree to the request. 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 you (or the named patient) without this signed consent.
- C. I have read this Consent for Treatment & Consent to Release of Health Information, and I understand and knowingly consent to its content.

I confirm that language access services were provided to me before I signed this Consent for Treatment & Consent to Release of Health Information form. ☐



Name of Patient: _____ Date of Birth _____
 Patient Signature: _____ Date: _____
 Parent/Guardian: _____
 Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____



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



- RIVERSIDE • SAFE HARBOR • PEARL STREET • SCHOOL-BASED DENTAL CENTER •
- CHAMPLAIN ISLANDS • SOUTH END • GOOD HEALTH • WINOOSKI • ESSEX •

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF THE NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

I hereby acknowledge and accept the Notice of Privacy Practices at the Community Health Centers of Burlington.

I recognize I can view a copy of the Privacy Practice at www.chcb.org/forms/ or obtain a paper copy at any CHC location.

I understand that the Privacy Practice is in accordance with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (also known as, "HIPAA".)

Patient Name _____ Date of birth _____

Signature _____ Date _____

or

Signature of Guarantor / Personal Health Representative _____

إقرار باستلام إشعار ممارسات الخصوصية

أنا أقر وأقبل بموجب هذا إشعار ممارسات الخصوصية في مراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون.

وأدرك أنني أستطيع الاطلاع على نسخة من ممارسات الخصوصية على الموقع الإلكتروني www.chcb.org/forms/ أو الحصول على نسخة ورقية في أي من مواقع مراكز الصحة المجتمعية.

أنا أفهم أن ممارسات الخصوصية مطابقة لقانون قابلية التأمين الصحي للنقل والمساءلة لعام 1996 (والمعروف اختصارًا باسم "HIPAA").

اسم المريض _____ تاريخ الميلاد _____

التوقيع _____ التاريخ _____

أو
توقيع الضامن / الممثل الصحي الشخصي _____

READ ONLY