

**RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT VEUILLEZ REMPLIR (Compléter) tout le formulaire au stylo noir ou bleu uniquement**

NOM		PRÉNOM		INITIALE DU SECOND PRÉNOM		SURNOM/NOM PRÉFÉRÉ	
No ET RUE		VILLE		ÉTAT		CODE POSTAL	
NO DE SÉCURITÉ SOCIALE		DATE DE NAISSANCE		TÉLÉPHONE DOMICILE		TÉLÉPHONE EN JOURNÉE	
TÉLÉPHONE PORTABLE		ADRESSE ÉLECTRONIQUE					
MÉTHODE DE CONTACT PRÉFÉRÉE <input type="checkbox"/> TÉLÉPHONE <input type="checkbox"/> COURRIEL <input type="checkbox"/> MESSAGE TEXTE						Langue principale si ce n'est pas l'anglais : _____	
SITUATION DE FAMILLE <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e)		RACE <input type="checkbox"/> Afro-américain <input type="checkbox"/> Amérindien <input type="checkbox"/> Asiatique-Américain <input type="checkbox"/> Insulaire du Pacifique <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Caucasiens (blanc)		Avez-vous besoin des services d'un interprète ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Origine ethnique : <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Non hispanique		Médecin de premier recours		TRAVAILLEUR AGRICOLE <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Saisonnier		Êtes-vous un ancien combattant des États-Unis ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
INFORMATIONS FINANCIÈRES SUR LA FAMILLE En tant que centre de santé bénéficiant d'un financement fédéral, nous sommes tenus de collecter ces informations. Toutes les réponses sont confidentielles.  Taille de la famille/du ménage : _____  Revenus du foyer : \$ _____ <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Bihebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuel		SEXE LÉGAL <input type="checkbox"/> MASCULIN <input type="checkbox"/> FÉMININ		GENRE ACTUEL <input type="checkbox"/> MASCULIN <input type="checkbox"/> FÉMININ		IDENTITÉ DE GENRE <input type="checkbox"/> MASCULIN <input type="checkbox"/> FÉMININ <input type="checkbox"/> HOMME TRANSGENRE (Femme vers Homme/FTM) <input type="checkbox"/> FEMME TRANSGENRE (Homme vers Femme/MTF) <input type="checkbox"/> ALTERSEXUEL <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> JE PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE	
PRONOMS (facultatif) : _____		ORIENTATION SEXUELLE <input type="checkbox"/> HÉTÉROSEXUEL(LE) <input type="checkbox"/> LESBIENNE, GAY OU HOMOSEXUEL(LE) <input type="checkbox"/> BISEXUEL(LE) <input type="checkbox"/> QUELQUE-CHOSE D'AUTRE <input type="checkbox"/> JE NE SAIS PAS <input type="checkbox"/> JE PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE		STATUT DE LOGEMENT Êtes-vous sans domicile fixe ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> En abri <input type="checkbox"/> Dans la rue <input type="checkbox"/> En transition <input type="checkbox"/> Je ne sais pas Si vous êtes sans domicile fixe, êtes-vous : <input type="checkbox"/> En cohabitation (vous vivez avec d'autres personnes)			

**PHARMACIE PRÉFÉRÉE**

NOM DE LA PHARMACIE	ADRESSE DE LA PHARMACIE
---------------------	-------------------------

**PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

NOM	RELATION	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
-----	----------	---------------------

**INFORMATIONS SUR LA PERSONNE RESPONSABLE (Tout patient de moins de 18 ans doit avoir une personne responsable)**

Patient (18 ans ou plus)  Parent ayant la garde de l'enfant  Tuteur (preuve du statut légal requise pour le traitement)

NOM	PRÉNOM	SECOND PRÉNOM
-----	--------	---------------

No ET RUE	VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL
-----------	-------	------	-------------

DATE DE NAISSANCE	TÉLÉPHONE DOMICILE
-------------------	--------------------

**INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE DENTAIRE**

- J'ai actuellement une assurance DENTAIRE (voir ci-dessous)  
 Je n'ai PAS actuellement d'assurance DENTAIRE  
 Je souhaite demander à bénéficier de l'échelle des honoraires variables

Nom de l'Assurance dentaire : \_\_\_\_\_

Numéro de police/d'identification : \_\_\_\_\_

- J'ai actuellement une assurance DENTAIRE secondaire (voir ci-dessous)

Nom de l'Assurance dentaire : \_\_\_\_\_

Numéro de police/d'identification : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE MÉDICALE**

- J'ai actuellement une assurance MÉDICALE (voir ci-dessous)  
 Je n'ai PAS actuellement d'assurance MÉDICALE  
 Je souhaite demander à bénéficier de l'échelle des honoraires variables

Nom de l'assurance médicale : \_\_\_\_\_

Numéro de police/d'identification : \_\_\_\_\_

- J'ai actuellement une assurance MÉDICALE secondaire (voir ci-dessous)

Nom de l'assurance médicale : \_\_\_\_\_

Numéro de police/d'identification : \_\_\_\_\_



# 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
---------------	---

<b>MARITAL STATUS</b> <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	<b>RACE</b> <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	<b>AGRICULTURAL WORKER</b> <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Seasonal	Are You a U.S. Veteran? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>FAMILY FINANCIAL INFORMATION</b> As a Health Center that receives Federal funding, we are required to collect this information. All answers are confidential.
------------------------	--	---	---

<b>LEGAL SEX</b> <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	<b>CURRENT GENDER</b> <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	<b>GENDER IDENTITY</b> <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	<b>SEXUAL ORIENTATION</b> <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	Family/Household Size: _____ Household Income: \$ _____ <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Annually <input type="checkbox"/> Biweekly <input type="checkbox"/> Monthly
---	--	--	---	--

<b>HOUSING STATUS</b> 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
---

<b>PREFERRED PHARMACY</b>	<b>PHARMACY LOCATION</b>
PHARMACY NAME	PHARMACY LOCATION

<b>EMERGENCY CONTACT</b>		
NAME	RELATIONSHIP	PHONE NUMBER

<b>RESPONSIBLE PARTY INFORMATION (Any patient under 18 must have a responsible party)</b>		
<input type="checkbox"/> Patient (18 years or older) <input type="checkbox"/> Custodial Parent <input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_

## **Consentement au traitement et Consentement à la divulgation d'informations de santé**

### **I. Consentement au traitement**

Par la présente, je donne aux centres de santé communautaires (CHC) mon consentement au traitement pour moi-même ou pour le patient désigné (dont je suis le parent ou le tuteur légal autorisé à consentir au traitement pour le patient désigné). Le traitement peut comprendre le dépistage, le diagnostic, le traitement médical, les soins dentaires, les services sociaux, le dépistage, l'évaluation, le diagnostic et le traitement en matière de santé mentale ou de drogues et d'alcool, et les services psychiatriques.

### **II. Consentement à la divulgation d'informations de santé :**

Je consens à l'utilisation au sein du CHC et à la divulgation par le CHC à des personnes ou organisations extérieures au CHC de mes dossiers médicaux, dentaires, de toxicomanie et d'alcoolisme, de santé mentale, de psychiatrie et d'autres traitements et dossiers de santé (« informations de santé ») (ou de ceux du patient désigné dont je suis le parent ou le tuteur légal) aux fins suivantes :

#### **A. Utilisation des informations de santé par ou pour le CHC à des fins de traitement, de paiement et de gestion des soins de santé :**

- Traitement par le personnel du CHC.
- Effectuer des opérations en rapport avec les soins de santé, y compris des audits financiers ou d'assurance qualité et/ou des formations.
- Facturer directement à votre compagnie d'assurance
- Payer les services fournis par le CHC. Le CHC est autorisé à obtenir le paiement des services de soins de santé et peut fournir des dossiers médicaux aux compagnies d'assurance, aux organismes d'indemnisation des accidents du travail ou à d'autres agences qui paient pour les services de santé, ou d'autres informations d'assurance mises à jour dans le dossier du CHC.

#### **B. Divulgation d'informations de santé à des personnes ou organisations extérieures au CHC à des fins de traitement :**

- Le CHC est autorisé à fournir toutes les informations de santé à d'autres prestataires de soins de santé ou agences qui participent à vos soins. Il s'agit notamment des dossiers médicaux antérieurs provenant d'organisations extérieures. (Une autorisation individuelle d'accès à l'information doit être soumise pour tous les membres de la famille, les amis ou les autres personnes que vous souhaitez voir accéder aux informations de votre dossier médical.)



- 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. Cession de prestations

J'autorise le CHC à facturer et à recevoir directement de Medicaid /Medicare ou de toute autre compagnie d'assurance le paiement pour les services qui m'ont été fournis.

Par la présente, je cède au CHC tous les paiements de Medicaid, Medicare ou de toute police d'assurance maladie pour les soins de santé qui m'ont été dispensés par le CHC.

Je comprends que je suis redevable envers le CHC de tout solde impayé résultant de mes soins.

Je reconnais qu'à ma connaissance, les informations démographiques que j'ai fournies sont véridiques et correctes.

Une copie des attentes du CHC en matière de paiement est disponible sur demande.

### IV. Résiliation et restrictions du présent consentement :

- A.** Je comprends que j'ai le droit d'annuler ce consentement à tout moment par écrit. L'annulation de ce consentement n'affectera pas les mesures prises par le CHC sur la base de ce consentement avant qu'il ne soit annulé. S'il n'a pas été annulé précédemment, ce consentement prendra fin à la date suivante : \_\_\_\_\_. Si rien n'est indiqué, le présent consentement prendra fin trois ans après la dernière date de prestation de services à mon égard.
- B.** Je comprends que je peux demander des restrictions à l'utilisation ou à la divulgation de mes informations de santé aux fins décrites dans le présent consentement et que le CHC peut ou non accepter cette demande. Je comprends également qu'à l'exception des restrictions relatives à l'utilisation ou à la divulgation acceptée d'informations de santé, le CHC ne sera pas en mesure de me fournir des services (ou au patient désigné) en l'absence de ce consentement signé.
- C.** J'ai lu le présent consentement au traitement et à la divulgation d'informations de santé, je comprends son contenu et j'y consens en toute connaissance de cause.

Je confirme que des services d'accès linguistique m'ont été proposés avant que je ne signe le présent formulaire de consentement au traitement et de consentement à la divulgation d'informations de santé.

OBLIGATOIRE

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Date de Naissance : \_\_\_\_\_  
Signature du Patient : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Parent/Tuteur : \_\_\_\_\_  
Signature du parent/tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**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.

REQUIRED

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](http://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
<ul style="list-style-type: none"> <li>• If patient is younger than 12 years old, signature of Parent or Authorized Representative is required.</li> <li>• If patient is 12 or older, but not yet 18, signature of Parent or Authorized Representative is optional.</li> </ul>	
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](http://www.vthie.net)**



# Community Health Centers

- 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/](http://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 \_\_\_\_\_





# Community Health Centers

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

## ACCUSÉ DE RÉCEPTION DE L'AVIS DE PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

Par la présente, je reconnais et j'accepte l'avis relatif aux pratiques en matière de protection de la vie privée des Community Health Centers of Burlington (Centres de santé communautaires de Burlington).

Je reconnais que je peux consulter une copie des pratiques de confidentialité sur le site [www.chcb.org/forms/](http://www.chcb.org/forms/) ou obtenir une copie papier dans n'importe quel établissement des CHC.

Je comprends que les pratiques en matière de protection de la vie privée sont conformes à la loi de 1996 sur la portabilité et la responsabilité en matière d'assurance maladie (Health Insurance Portability and Accountability Act) (également connue sous le nom de « HIPAA ».)

Nom du patient \_\_\_\_\_ Date de Naissance \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

ou

Signature du garant / Représentant personnel en matière de santé \_\_\_\_\_