



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

TIPO DE CITA/PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL ☐ MÉDICA ☐ DENTAL

Verificado por:

FECHA DE RECEPCIÓN/INGRESO:

INICIALES DEL PERSONAL: _____

☐ Riverside ☐ Safe Harbor ☐ Pearl Street ☐ South End ☐ Champlain Islands ☐ Good Health ☐ Winooski ☐ Essex

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
APELLIDO		NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN		CIUDAD		ESTADO
N.º DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO		TELÉFONO PARTICULAR
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO DURANTE EL DÍA		TELÉFONO CELULAR
ESTADO CIVIL		RAZA		MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO
☐ Soltero ☐ Separado ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Unión civil		☐ Afroamericano ☐ Asiático estadounidense ☐ Caucásico/blanco ☐ Nativo estadounidense ☐ Nativo de las Islas del Pacífico ☐ Multirracial		☐ TELÉFONO ☐ CORREO ELECTRÓNICO ☐ MENSAJE DE TEXTO
Médico de cabecera		TRABAJADOR AGRÍCOLA		Idioma materno si no es inglés: _____
☐ Migrante ☐ Temporero		¿Es veterano de los EE. UU.?		¿Necesita los servicios de un intérprete? ☐ SÍ ☐ NO
SEXO LEGAL		GÉNERO ACTUAL		Origen étnico: ☐ Hispano ☐ No hispano
☐ MASCULINO ☐ FEMENINO		☐ MASCULINO ☐ FEMENINO		
PRONOMBRES (opcional):		IDENTIDAD DE GÉNERO		ORIENTACIÓN SEXUAL
_____		☐ MASCULINO ☐ FEMENINO ☐ 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		☐ HETEROSEXUAL ☐ LESBIANA, GAY ☐ HOMOSEXUAL ☐ BISEXUAL ☐ OTRA OPCIÓN ☐ NO LO SÉ ☐ PREFIERO NO DECIRLO
SITUACIÓN DE VIVIENDA		¿Usted es una persona sin hogar?		INFORMACIÓN FINANCIERA FAMILIAR
☐ SÍ ☐ NO ☐ Refugio ☐ Calle ☐ De transición ☐ No lo sé		Si es una persona sin hogar, usted: ☐ Comparte vivienda (vive con otras personas)		Debido a que somos un centro de salud que recibe financiamiento federal, debemos obtener esta información. Todas las respuestas son confidenciales.
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
DIRECCIÓN		CIUDAD		ESTADO
FECHA DE NACIMIENTO		TELÉFONO PARTICULAR		
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DENTAL				
☐ Actualmente tengo seguro DENTAL (consultar abajo) ☐ Actualmente NO tengo seguro DENTAL ☐ Me gustaría presentar una solicitud para la ESCALA MÓVIL DE TARIFAS				
Nombre del seguro dental: _____				
Número de póliza/ID: _____				
☐ Actualmente tengo un seguro DENTAL secundario (consultar abajo)				
Nombre del seguro dental: _____				
Número de póliza/ID: _____				
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO				
☐ Actualmente tengo seguro MÉDICO (consultar abajo) ☐ Actualmente NO tengo seguro MÉDICO ☐ Me gustaría presentar una solicitud para la ESCALA MÓVIL DE TARIFAS				
Nombre del seguro médico: _____				
Número de póliza/ID: _____				
☐ Actualmente tengo un seguro MÉDICO secundario (consultar abajo)				
Nombre del seguro médico: _____				
Número de póliza/ID: _____				



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

PREFERRED PHARMACY

PHARMACY NAME PHARMACY LOCATION

EMERGENCY CONTACT

NAME RELATIONSHIP PHONE NUMBER

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

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

LAST NAME		FIRST NAME		MI
STREET ADDRESS		CITY		STATE ZIP
DATE OF BIRTH		HOME PHONE		

DENTAL INSURANCE INFORMATION

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

Dental Insurance Name: _____

Policy/ID Number: _____

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

Dental Insurance Name: _____

Policy/ID Number: _____

MEDICAL INSURANCE INFORMATION

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

Medical Insurance Name: _____

Policy/ID Number: _____

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

Medical Insurance Name: _____

Policy/ID Number: _____

Consentimiento para recibir tratamiento y consentimiento para la entrega de información sobre la salud

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; pruebas de detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento de la salud mental o de drogadicción y alcoholismo y servicios psiquiátricos.

II. Consentimiento para entregar información sobre la salud:

Doy mi consentimiento para que CHC use dentro de CHC y entregue a personas u organizaciones ajenas a CHC mis 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, de psiquiatría y de otros tratamientos (“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, pago y operaciones de atención médica:

- Administración de tratamiento por parte del personal de CHC.
- Realización de operaciones de atención médica, que incluyen capacitación y/o auditorías económicas o de control de calidad.
- Facturación a su compañía de seguro directamente.
- Pago por servicios proporcionados por CHC. CHC está autorizado a obtener el pago por los servicios de atención médica y puede proporcionar historias clínicas a las compañías de seguro, los seguros de compensación para trabajadores u otras agencias que pagan servicios de atención médica u otra información actualizada sobre el seguro que se encuentre en los archivos de CHC.

B. Entrega de información sobre la salud a personas u organizaciones ajenas a CHC para los fines del tratamiento:

- CHC está autorizado a proporcionar toda la información sobre la salud a otros prestadores o agencias de atención médica que participan en su atención. Esto incluye las historias clínicas anteriores de las organizaciones externas. (Se debe realizar una entrega individual de información para todos los familiares, amigos u otras personas que deseen acceder a la información de su historia clínica).

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. 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 per your request.

III Asignación de beneficios

Autorizo a CHC a facturar y recibir el pago directamente de Medicaid/Medicare o de cualquier otro prestador de seguro por los servicios que me proporcione.

Por este medio, asigno a CHC todos los pagos de Medicaid, Medicare o cualquier póliza de seguro médico por la atención médica que me brinde CHC.

Entiendo que soy responsable de cualquier saldo adeudado relacionado con la atención que se me brinde en CHC.

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

Una copia de las expectativas de pago de CHC está disponible si la solicita.

IV. Finalización y restricciones de este consentimiento:

- A. Entiendo que tengo derecho a cancelar este consentimiento en cualquier momento por escrito y que esta cancelación no afectará a ninguna acción que haya tomado CHC de conformidad con este consentimiento antes de que lo cancelara. Si no se cancela antes, este consentimiento finalizará en la siguiente fecha: _____. Si no se indica nada, este consentimiento finalizará tres años después de la última fecha en la que se me hayan brindado servicios.
- B. 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 la solicitud o no aceptarla. 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.
- C. 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 con pleno conocimiento.

Confirmando que se me ofrecieron servicios de acceso lingüístico antes de firmar este formulario de consentimiento para recibir tratamiento y consentimiento para la entrega de información sobre la salud.

OBLIGATORIO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____
 Firma del paciente: _____ Fecha: _____
 Padre/madre/tutor: _____
 Firma del padre/de la madre/del tutor: _____ Fecha: _____

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

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 _____



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

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por medio del presente, reconozco y acepto el Aviso sobre prácticas de privacidad de Community Health Centers of Burlington.

Reconozco que puedo ver una copia del Aviso sobre prácticas de privacidad en www.chcb.org/forms/ u obtener una copia impresa en cualquier institución de CHC.

Entiendo que el Aviso sobre prácticas de privacidad cumple con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (también conocida como “HIPAA” [*Health Insurance Portability and Accountability Act*]).

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Firma _____ Fecha _____

o
Firma del garante/representante personal de atención médica _____