Community Health Centers

MẪU ĐƠN ĐĂNG KÝ BỆNH NHÂN

LOẠI CUỘC HẸN/CHỈ DÀNH CHO NHÂN VIÊN
☐ **Y KHOA** ☐ **NHA KHOA**

Người Xác thực:
NGÀY GHI/THAM GIA:___/___/_____
TÊN VIẾT TẮT CỦA NHÂN VIÊN: _____

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

THÔNG TIN BỆNH NHÂN ***VUI LÒNG ĐIỀN toàn bộ đơn chỉ bằng Mực Đen hoặc Xanh***

HỌ	TÊN	CHỮ ĐẦU TÊN LÓT	BIỆT DANH/TÊN THƯỜNG GỌI

ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG PHỐ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ ZIP

SỐ AN SINH XÃ HỘI	NGÀY SINH	ĐIỆN THOẠI NHÀ	ĐIỆN THOẠI BAN NGÀY	ĐIỆN THOẠI DI ĐỘNG

ĐỊA CHỈ EMAIL

PHƯƠNG PHÁP LIÊN LẠC ƯU TIÊN
☐ ĐIỆN THOẠI ☐ EMAIL ☐ TIN NHẮN VĂN BẢN

TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN
☐ Độc thân ☐ Ly thân
☐ Đã kết hôn ☐ Góa
☐ Ly dị ☐ Sống chung

CHỦNG TỘC
☐ Người Mỹ gốc Phi ☐ Người Mỹ Bản xứ
☐ Người Mỹ gốc Á ☐ Người Đảo Thái Bình Dương
☐ Người Caucase/ Da trắng ☐ Đa chủng tộc

Ngôn ngữ Chính nếu Không phải Tiếng Anh: _____
Quý vị có Cần Dịch vụ Thông dịch viên hay không?
☐ CÓ ☐ KHÔNG

Sắc tộc/Nguồn gốc Sắc tộc:
☐ Người Hispanic ☐ Không phải Người Hispanic

Bác sĩ Chăm sóc Chính

CÔNG NHÂN NÔNG NGHIỆP
☐ Di dân ☐ Thời vụ

Quý vị có phải Là Cựu chiến binh Hoa Kỳ không?
☐ Có ☐ Không

THÔNG TIN TÀI CHÍNH GIA ĐÌNH
Là một Trung tâm Sức khỏe nhận tài trợ từ Liên bang, chúng tôi cần phải thu thập thông tin này. Tất cả câu trả lời đều được bảo mật.

Quy mô Hộ gia đình/
Gia đình: _____

Thu nhập Hộ gia đình:
$_____
☐ Hàng tuần ☐ Hàng năm
☐ Mỗi 2 tuần
☐ Hàng tháng

GIỚI TÍNH HỢP PHÁP
☐ NAM
☐ NỮ

GIỚI TÍNH HIỆN TẠI
☐ NAM
☐ NỮ

DANH XƯNG (Tùy chọn):
_____

BẢN DẠNG GIỚI
☐ NAM
☐ NỮ
☐ NAM CHUYỂN GIỚI (Nữ thành Nam/Female-to-Male (FTM))
☐ NỮ CHUYỂN GIỚI (Nam thành Nữ/Male-to-Female (MTF))
☐ KHÔNG GIỚI TÍNH
☐ KHÁC
☐ CHỌN KHÔNG TIẾT LỘ

XU HƯỚNG TÌNH DỤC
☐ BÌNH THƯỜNG hoặc DỊ TÍNH
☐ ĐỒNG TÍNH NỮ, ĐỒNG TÍNH NAM hoặc ĐỒNG TÍNH
☐ LƯỠNG TÍNH
☐ KHÁC
☐ KHÔNG BIẾT
☐ CHỌN KHÔNG TIẾT LỘ

TÌNH TRẠNG NHÀ Ở Quý vị Là người Vô gia cư? ☐ CÓ ☐ KHÔNG

Nếu vô gia cư, quý vị: ☐ Ở ghép (sống với người khác) ☐ Nhà trú ẩn ☐ Đường phố ☐ Nhà trung chuyển ☐ Không rõ

TIỆM THUỐC TÂY ƯU TIÊN

TÊN TIỆM THUỐC TÂY | VỊ TRÍ TIỆM THUỐC TÂY

NGƯỜI LIÊN LẠC KHẨN CẤP

TÊN | MỐI QUAN HỆ | SỐ ĐIỆN THOẠI

THÔNG TIN BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM (Mọi bệnh nhân dưới 18 tuổi đều phải có bên chịu trách nhiệm)

☐ Bệnh nhân (18 tuổi trở lên) ☐ Cha mẹ Giám hộ ☐ Người giám hộ (bằng chứng về tình trạng pháp lý bắt buộc để điều trị)

HỌ | TÊN | TÊN LÓT

ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG PHỐ | THÀNH PHỐ | TIỂU BANG | MÃ ZIP

NGÀY SINH | ĐIỆN THOẠI NHÀ

THÔNG TIN BẢO HIỂM NHA KHOA

☐ **Tôi đang có bảo hiểm NHA KHOA (xem bên dưới)**
☐ **Tôi hiện KHÔNG có bảo hiểm NHA KHOA**
☐ **Tôi muốn nộp đơn xin tham gia SLIDING-FEE SCALE**

Tên Bảo hiểm Nha khoa: _____

Số ID/Số Hợp đồng: _____

☐ **Tôi đang có bảo hiểm NHA KHOA phụ (xem bên dưới)**

Tên Bảo hiểm Nha khoa: _____

Số ID/Số Hợp đồng: _____

THÔNG TIN BẢO HIỂM Y TẾ

☐ **Tôi đang có bảo hiểm Y TẾ (xem bên dưới)**
☐ **Tôi hiện KHÔNG có bảo hiểm Y TẾ**
☐ **Tôi muốn nộp đơn xin tham gia SLIDING-FEE SCALE**

Tên Bảo hiểm Y tế: _____

Số ID/Số Hợp đồng: _____

☐ **Tôi đang có bảo hiểm Y TẾ phụ (xem bên dưới)**

Tên Bảo hiểm Y tế: _____

Số ID/Số Hợp đồng: _____

READ ONLY

Community Health Centers

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

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

LEGAL SEX
☐ MALE
☐ FEMALE

CURRENT GENDER
☐ MALE
☐ FEMALE

PRONOUNS (Optional):
_____

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

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: _____

Community Health Centers

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

Chấp thuận cho Điều trị và Tiết lộ Thông tin Sức khỏe

I. Chấp thuận cho Điều trị

Bằng mẫu đơn này, tôi chấp thuận cho phép các Trung tâm Sức khỏe Cộng đồng (CHC) điều trị cho tôi hoặc bệnh nhân có tên (người mà tôi là cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp có quyền chấp thuận điều trị cho bệnh nhân có tên). Điều trị có thể bao gồm sàng lọc sức khỏe, chẩn đoán, điều trị y tế, chăm sóc nha khoa, dịch vụ xã hội; sàng lọc đánh giá, chẩn đoán và điều trị sức khỏe tâm thần hoặc nghiện rượu và ma túy và các dịch vụ tâm thần.

II. Chấp thuận cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe:

Tôi chấp thuận cho phép CHC sử dụng trong nội bộ và tiết lộ cho những người hoặc tổ chức ngoài CHC hồ sơ y tế, nha khoa, điều trị nghiện rượu và ma túy, sức khỏe tâm thần, điều trị tâm thần, điều trị khác và hồ sơ sức khỏe ("thông tin sức khỏe") của tôi (hoặc của bệnh nhân có tên mà tôi là cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp) cho những mục đích sau:

A. Cho phép CHC sử dụng thông tin sức khỏe để tiến hành điều trị, thanh toán và các hoạt động chăm sóc sức khỏe:

- Cung cấp điều trị do nhân viên CHC thực hiện.
- Tiến hành các hoạt động chăm sóc sức khỏe, bao gồm kiểm toán và/hoặc huấn luyện bảo đảm chất lượng hoặc tài chính.
- Xuất hoá đơn trực tiếp cho công ty bảo hiểm của quý vị
- Thanh toán cho các dịch vụ mà CHC cung cấp. CHC được phép nhận thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và có thể cung cấp hồ sơ sức khỏe cho các công ty bảo hiểm, các công ty bồi thường tai nạn lao động hoặc các cơ quan khác thanh toán cho các dịch vụ y tế hoặc các thông tin bảo hiểm cập nhật khác mà CHC lưu trữ.

B. Tiết lộ thông tin sức khỏe cho những người hoặc tổ chức ngoài CHC cho các mục đích điều trị:

- CHC được phép cung cấp tất cả thông tin sức khỏe cho các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác hoặc các cơ quan tham gia chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Bao gồm cả các hồ sơ y tế trong quá khứ từ các tổ chức bên ngoài. (Bản tiết lộ Thông tin Cá nhân phải được gửi cho tất cả gia đình, bạn bè hoặc những người khác mà quý vị muốn truy cập vào thông tin Hồ sơ Y tế của mình.)

READ ONLY

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. Chuyển nhượng Quyền lợi

Tôi ủy quyền cho CHC lập hóa đơn và nhận thanh toán trực tiếp từ Medicaid /Medicare hoặc bất kỳ công ty bảo hiểm nào khác cho các dịch vụ đã cung cấp cho tôi.

Bằng phương tiện này, tôi chuyển nhượng cho CHC tất cả các khoản thanh toán từ Medicaid, Medicare hoặc bất kỳ hợp đồng bảo hiểm sức khỏe nào cho việc chăm sóc sức khỏe mà CHC đã cung cấp cho tôi.

Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm với mọi khoản dư nợ chưa thanh toán do CHC chăm sóc sức khỏe cho tôi.

Với sự hiểu biết tốt nhất của mình, tôi hiểu rằng thông tin nhân khẩu học mà tôi đã cung cấp là đúng và trung thực.

Bản sao tài liệu dự kiến thanh toán của CHC sẽ được cung cấp cho quý vị theo yêu cầu.

IV. Kết thúc và những hạn chế của mẫu chấp thuận này:

A. Tôi hiểu rằng tôi có quyền hủy bản chấp thuận này bất cứ lúc nào bằng cách nộp văn bản yêu cầu, nhưng việc hủy chấp thuận này sẽ không ảnh hưởng đến mọi hành động mà CHC đã thực hiện theo chấp thuận này trước khi tôi hủy bỏ. Nếu không bị hủy trước hạn, thì chấp thuận này sẽ chấm dứt vào ngày: _____. Nếu ngày, sự kiện hoặc điều kiện không được nêu rõ, thì chấp thuận này sẽ kết thúc sau ba năm kể từ ngày cuối cùng tôi nhận dịch vụ.

B. Tôi hiểu rằng tôi có thể yêu cầu hạn chế sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi cho các mục đích được mô tả trong chấp thuận này và CHC có thể đồng ý hoặc không đồng ý với yêu cầu này. Tôi cũng hiểu rằng ngoại trừ những hạn chế nói trên về việc sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe mà CHC đồng ý, CHC sẽ không thể cung cấp dịch vụ cho tôi (hoặc bệnh nhân có tên) mà không có chấp thuận đã ký tên này.

C. Tôi đã đọc Chấp thuận Điều trị và Chấp thuận cho phép Tiết lộ Thông tin Sức khỏe này, đồng thời tôi hiểu và đồng ý với nội dung trong đó.

Tôi xác nhận là đã được cung cấp các dịch vụ ngôn ngữ trước khi tôi ký vào mẫu Chấp thuận Điều trị và Chấp thuận cho phép Tiết lộ Thông tin Sức khỏe này.

BẮT BUỘC

Tên Bệnh nhân:_____Ngày Sinh:_____
Chữ ký của Bệnh nhân:_____Ngày:_____
Cha mẹ/Người giám hộ:_____
Chữ ký của Cha mẹ/Người giám hộ:_____Ngày:_____

READ ONLY

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

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/ 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 •

XÁC NHẬN ĐÃ NHẬN THÔNG BÁO THỰC HÀNH BẢO VỆ QUYỀN RIÊNG TƯ

Tôi xác nhận là đã nhận được bản Thông báo Thực hành Bảo vệ Quyền riêng tư tại Trung tâm Sức khỏe Cộng đồng Burlington.

Tôi xác nhận là tôi có thể xem bản Thông báo Thực hành Bảo vệ Quyền riêng tư tại www.chcb.org/forms/ hoặc nhận một bản in trên giấy tại tất cả các địa điểm CHC.

Tôi hiểu rằng bản Thực hành Bảo vệ Quyền riêng tư này là tuân theo Đạo luật Chuyển đổi và Trách nhiệm Giải trình Bảo hiểm Y tế năm 1996 (còn gọi là "HIPAA".)

READ ONLY

Tên Bệnh nhân_____ Ngày sinh_____

Chữ ký_____ Ngày_____

Hoặc

Chữ ký của Người bảo lãnh / Người Đại diện Y tế Cá nhân_____