Community Health Centers

نموذج تسجيل المريض

مدقق بواسطة:

تاريخ الاستقبال/الدخول: ____/____/____

الحروف الأولى لاسم الموظف: _____

نوع الموعد/لاستخدام الموظف فقط ☐ **طبي** ☐ **أسنان**

☐ ريفرسايد ☐ سيف هاربور ☐ بيرل ستريت ☐ ساوث إيند ☐ تشامبلين آيلاندز ☐ غود هيلث ☐ وينوسكي ☐ إيسيكس

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
☐ الهاتف ☐ البريد الإلكتروني ☐ رسالة نصية

الحالة الاجتماعية
☐ عازب ☐ **منفصل**
☐ متزوج ☐ أرمل
☐ مطلق ☐ ارتباط مدني

العرق
☐ أميركي أفريقي ☐ أميركي أصلي
☐ أميركي آسيوي ☐ باسيفي
☐ قوقازي/أبيض ☐ متعدد الأعراق

اللغة الأولى إن لم تكن الإنجليزية: _____

هل تحتاج إلى خدمات ترجمة شفهية؟ ☐ نعم ☐ لا

الإثنية/الأصل الإثني: ☐ أسباني ☐ غير أسباني

طبيب الرعاية الأولية

عامل زراعي
☐ متنقل ☐ موسمي

هل أنت محارب أميركي قديم؟
☐ نعم ☐ لا

معلومات الأسرة المالية
كمركز صحي يتلقى تمويلًا فيدراليًا، فإننا مطالبون بجمع هذه المعلومات. جميع الإجابات سرية.

حجم الأسرة/المنزل: _____

دخل المنزل: $ _____

☐ أسبوعيًا ☐ سنويًا
☐ كل أسبوعين
☐ شهريًا

الجنس القانوني
☐ ذكر
☐ أنثى

الجنس الحالي
☐ ذكر
☐ أنثى

الضمائر (اختياري): _____

الهوية الجنسية
☐ ذكر
☐ أنثى
☐ ذكر متحول جنسيًا (أنثى إلى ذكر)
☐ أنثى متحولة جنسيًا (ذكر إلى أنثى)
☐ حر الجنس
☐ غير ذلك
☐ أختار عدم الإفصاح

التوجه الجنسي
☐ سويّ أو متباين الجنس
☐ مثلي الجنس
☐ ثنائي الجنس
☐ شيء آخر
☐ لا أعلم
☐ أختار عدم الإفصاح

حالة السكن، هل أنت مشرد؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كنت مشردًا، هل أنت: ☐ تعيش مع آخرين ☐ مأوى ☐ الشارع ☐ انتقالي ☐ غير معروف

الصيدلية المفضلة

اسم الصيدلية	موقع الصيدلية

جهة اتصال الطوارئ

الاسم	صلة القرابة	رقم الهاتف

معلومات الطرف المسؤول (لا بد أن يكون لأي مريض دون 18 عامًا من العمر طرف مسؤول عنه)

☐ **المريض** (18 عامًا أو أكبر) ☐ **ولي أمر وصي** ☐ **وصي** (إثبات الحالة القانونية مطلوب للعلاج)

الاسم الأخير	الاسم الأول	حرف الاسم الأوسط

العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي

تاريخ الميلاد	هاتف المنزل

معلومات تأمين الأسنان

☐ **لدي تأمين أسنان حاليًا (انظر أدناه)**
☐ **ليس لدي تأمين أسنان حاليًا**
☐ **أود التقدم بطلب لجدول الرسوم المتغيرة**

اسم تأمين الأسنان: _____

رقم البوليصة/الهوية: _____

☐ **لدي تأمين أسنان ثانوي حاليًا (انظر أدناه)**

اسم تأمين الأسنان: _____

رقم البوليصة/الهوية: _____

معلومات التأمين الطبي

☐ **لدي تأمين طبي حاليًا (انظر أدناه)**
☐ **ليس لدي تأمين طبي حاليًا**
☐ **أود التقدم بطلب لجدول الرسوم المتغيرة**

اسم التأمين الطبي: _____

رقم البوليصة/الهوية: _____

☐ **لدي تأمين طبي ثانوي حاليًا (انظر أدناه)**

اسم التأمين الطبي: _____

رقم البوليصة/الهوية: _____

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

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

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: _____

Community Health Centers

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

موافقة على العلاج وموافقة على الإفصاح عن معلومات صحية

I. الموافقة على العلاج

أنا أمنح 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 اوافق 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 والسداد 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 المحدّثة 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).

READ ONLY

Community Health Centers

• 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.)

Community Health Centers

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 أعيّن 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 ه1هه الموافقة على أية إجراءات تتبعها CHC بناءً على هذه الموافقة قبل إلغائها. إذا لم تُلغَ 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

READ ONLY

Community Health Centers

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:_____

الأحرف الأولى من اسم طبيب

Community Health Centers
SCHOOL-BASED DENTAL CENTER

نموذج التاريخ الطبي/طب الأسنان

اسم الطفل: _____ تاريخ الميلاد: _____

المدرسة التي يدرس فيها الطفل: _____ تاريخ اليوم: _____

التاريخ الطبي

يُرجى تحديد أي مما يلي ينطبق على طفلك:

- ☐ الربو
- ☐ السرطان
- ☐ التهاب الكبد
- ☐ فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز
- ☐ الناعور
- ☐ السكري
- ☐ الحساسية
- ☐ عيب القلب الخلقي
- ☐ نوبات/صرع
- ☐ السل
- ☐ نزيف غير طبيعي
- ☐ مشاكل بالجيوب الأنفية
- ☐ فقر الدم (الأنيميا)
- ☐ الحمى الروماتيزمية
- ☐ إعاقة/عجز
- ☐ نفخة قلبية
- ☐ اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة
- ☐ طيف التوحد
- ☐ غير ذلك (يُرجى التوضيح): _____

معلومات صحية أخرى

يُرجى تحديد أي مما يلي ينطبق على طفلك:

- ☐ يدخن ابني منتجات التبغ
  - إذا كان الجواب نعم، فما المقدار؟ _____
  - هل هو مهتم بالإقلاع عن التدخين؟ _____
- ☐ يتعاطى ابني عقاقير ترفيهية
- ☐ يتعاطى ابني الكحول
- ☐ ابنتي حامل أو ربما تكون حاملًا
- ☐ ابني لديه تقرحات في فمه، تثير القلق
- ☐ واجه ابني مشكلة مع إجراء علاج الأسنان السابق
- ☐ قيل لطفلي إنه يحتاج إلى مضادات حيوية قبل إجراء علاج الأسنان السابق
- ☐ لدى ابني مخاوف تتعلق بالسلامة في المنزل أو مع الأصدقاء
- ☐ هل هناك مخاوف أخرى تتعلق بالأسنان أو الصحة تود مناقشتها اليوم؟
  - إذا كان الجواب نعم، فيُرجى التوضيح:

_____

هل يعاني طفلك من حساسية أو عانى من رد فعل سيئ لأي مما يلي:

- ☐ التخدير الموضعي
- ☐ اللاتكس
- ☐ الأسبرين
- ☐ غير ذلك (يُرجى التوضيح): _____
- ☐ الكودين أو غيره من المخدرات
- ☐ البنسيلين أو غيره من المضادات الحيوية
- ☐ المهدئات أو الحبوب المنومة
- ☐ اليود

يُرجى سرد جميع الأدوية التي يتناولها الطالب (يُرجى تضمين الأدوية التي يتم صرفها بوصفة طبية وبدون وصفة طبية): _____

_____

_____

READ ONLY

Community Health Centers
SCHOOL-BASED DENTAL CENTER

Dentist Initials:

Medical/Dental History Form

Child's Name: _____ Date of birth: _____

School Child Attends: _____ Today's date: _____

Medical History

Please check any of the following that apply to your child:

☐ Asthma
☐ Cancer
☐ Hepatitis
☐ HIV/AIDS
☐ Hemophilia
☐ Diabetes
☐ Allergies
☐ Congenital Heart Defect
☐ Seizures/Epilepsy
☐ Tuberculosis
☐ Abnormal Bleeding
☐ Sinus Trouble
☐ Anemia
☐ Rheumatic Fever
☐ Handicap/Disability
☐ Heart Murmur
☐ ADHD
☐ Autism Spectrum
☐ Other (please describe): _____

Other Health Information

Please check any of the following that apply to your child:

☐ My child smokes tobacco products
- If yes, how much? _____
- Are they interested in quitting? _____

☐ My child uses recreational drugs
☐ My child consumes alcohol
☐ My child is pregnant or possibly pregnant
☐ My child has sores in their mouth that are concerning
☐ My child has had trouble with previous dental work
☐ My child has been told they need antibiotics prior to past dental work
☐ My child has safety concerns at home or with friends
☐ Are there other dental or health concerns you would like to discuss today?
- If yes, please describe:

_____

Is your child allergic to or had a bad reaction to any of the following:

☐ Local anesthetics
☐ Latex
☐ Aspirin
☐ Other (please describe):
☐ Codeine or other narcotics
☐ Penicillin or other antibiotics
☐ Sedatives or sleeping pills
☐ Iodine

_____

Please list all the medications your student is taking (please include prescription and non-prescription drugs):_____

_____

Revised November 2023

يرجى التوقيع أدناه لضمان توفير الرعاية الصحية/رعاية الأسنان المناسبة لطفلك. على حد علمي، تمت الإجابة بدقة عن الأسئلة الوارد في هذا النموذج. أفهم أن تقديم معلومات غير صحيحة يمكن أن يشكل خطورة على صحة طفلي. أنا مسؤول عن إبلاغ مكتب مقدم الرعاية الصحية بأي تغييرات في التاريخ الطبي لطفلي.

توقيع ولي الأمر/الوصي: _____ التاريخ: _____

توقيع الشخص الذي استكمل هذا النموذج إن لم يكن ولي الأمر/الوصي: _____

هاتف الاتصال: _____

الموافقة على تقديم الخدمات

أسمح لمركز الصحة المجتمعية (CHC) - مركز طب الأسنان المدرسي بما يلي:

☐ تحديد موعد وعلاج طفلي للاحتياجات الوقائية والترميمية للأسنان

☐ فقط تحديد موعد وعلاج طفلي لاحتياجات الأسنان عندما أمنح إذني (شفهيًا أو خطيًا) فقط

☐ فقط تحديد موعد وعلاج طفلي لاحتياجات الأسنان عندما أكون متواجدًا (إلا من أجل الرعاية في حالات الطوارئ الطبية أو طوارئ الأسنان أو الصحة النفسية)

جهة الاتصال في حالة الطوارئ/التغييرات في الحالة الصحية أو الوصاية

أوافق أيضًا على أن أبلغ على الفور موظفي مركز الصحة المجتمعية (CHC) كتابةً بما يلي:

- أي تغيير في صحة طفلي الجسدية أو السنية و
- أي تغيير في حضانة طفلي أو الوصاية عليه، يؤثر على قدرتي على تقديم هذه الموافقة نيابةً عن طفلي.

الموافقة المتعلقة بالانتقال من مركز الصحة المجتمعية (CHC) وإليه – مركز طب الأسنان بالمدرسة

تعاقدت ولاية فيرمونت مع وكالة نقل الخدمات الخاصة (SSTA) لتقديم خدمات النقل للطلاب المؤهلين في برنامج Medicaid من وإلى مدارس برلنغتون ومراكز الصحة المجتمعية (CHC) لطب الأسنان.

☐ إذا كان طفلي بحاجة إلى النقل على النحو المشار إليه أدناه، **أوافق على أن تقوم مراكز الصحة المجتمعية (CHC) بتنسيق خدمة النقل التابعة لوكالة SSTA لنقل طفلي من وإلى مدرسته لتلقي خدمات رعاية الأسنان دون أن أتحمل أي تكاليف.** قد تكشف مراكز الصحة المجتمعية (CHC) عن معلومات بشأن حاجة أطفالي للنقل ولأغراض الدفع.

يُرجى ملاحظة أن وكالة SSTA قد تطلب سداد تكاليف خدمات النقل هذه من برنامج Medicaid.

إذا شوهد طفلي في نهاية اليوم الدراسي، فإن طفلي:

☐ يجب نقله إلى المنزل من خلال خدمة النقل التابعة لوكالة SSTA.

☐ يبلغ من العمر 16 عامًا على الأقل ويمكنه المغادرة والسير إلى المنزل على مسؤوليته الخاصة.

أنا (اسم ولي الأمر أو الوصي) _____ قد قرأت النص الوارد أعلاه وأفهم معناه. توقيعي هو إقرار مني بأنني راجعت هذا النموذج، وفهمت المعلومات وأوافق على جميع الإجراءات الموضحة أعلاه. كما أن توقيعي هو شهادة مني على دقة المعلومات الواردة في هذا النموذج.

توقيع ولي الأمر/الوصي: _____ التاريخ: _____

توقيع الشخص الذي استكمل هذا النموذج إن لم يكن ولي الأمر/الوصي: _____

هاتف الاتصال: _____

READ ONLY

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 health care provider's office of any changes in my child's medical history.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Signature of person completing form if not parent/guardian: _____

Contact Phone: _____

Consent to the Provision of Services

I authorize CHC – School-Based Dental Center to:

☐ Schedule and treat my child for preventative and restorative dental needs

☐ Only schedule and treat my child for dental needs when I have given permission (verbal or written)

☐ Only schedule and treat my child for dental needs when I am present (except in the care of a medical, dental, or mental health emergency)

Emergency Contact/Changes in Health Status or Custody

I further agree that I will promptly inform CHC staff in writing of:

- Any change in my child's physical or dental health and
- 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 CHC – School-Based Dental Center

The State of Vermont has contracted with Special Services Transportation Agency (SSTA) to provide transportation services for Medicaid eligible students to and from Burlington's schools and the CHC Dental Centers.

☐ If my child needs transportation as indicated below, **I consent to having CHC schedule SSTA transportation take my child to and from their school for dental services, at no cost to me.** CHC may disclose information about my children's need for transportation and payment purposes.

Please note 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 via SSTA.

☐ Is at least 16 years of age and 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 is an acknowledgment that I have reviewed this form, understand the information and consent to all the actions described above. My signature also attests to the accuracy of the information provided on this form.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Signature of person completing form if not parent/guardian: _____

Contact Phone: _____

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_____