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.

Community Health Centers

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:_____

Tên viết tắt của Nha sĩ:

Mẫu đơn về Tiền sử Y khoa/Nha khoa

Tên Trẻ em: _____ Ngày sinh: _____

Trường Trẻ đang Theo học: _____ Ngày hôm nay: _____

Tiền sử Y khoa
Vui lòng đánh dấu các mục sau đây nếu đúng với con quý vị:

☐ Hen suyễn
☐ Ung thư
☐ Viêm gan
☐ HIV/AIDS
☐ Dễ chảy máu
☐ Tiểu đường
☐ Dị ứng
☐ Dị tật Tim Bẩm sinh
☐ Co giật/Động kinh
☐ Lao
☐ Xuất huyết Bất thường
☐ Vấn đề về Xoang
☐ Thiếu máu
☐ Sốt Thấp khớp
☐ Tàn tật/Khuyết tật
☐ Tim Thổi
☐ ADHD
☐ Tự kỉ
☐ Khác (vui lòng mô tả): _____

Thông tin Khác về Sức khỏe
Vui lòng đánh dấu các mục sau đây đúng với con quý vị:

☐ Con tôi có hút các sản phẩm thuốc lá
- Nếu có thì liều lượng là bao nhiêu? _____
- Trẻ có muốn cai thuốc lá không? _____

☐ Con tôi có sử dụng ma túy
☐ Con tôi có uống rượu
☐ Con tôi đang có thai hoặc có thể đang mang thai
☐ Con tôi bị đau họng đáng lo ngại
☐ Trước đây, con tôi đã gặp vấn đề về khám chữa răng
☐ Lần trước, bác sĩ cho biết là con tôi cần phải dùng kháng sinh trước khi khám chữa răng
☐ Con tôi có quan ngại về an toàn khi ở nhà hoặc với bạn bè
☐ Hôm nay quý vị có lo ngại nào khác về nha khoa hay sức khỏe cần thảo luận không?
- Nếu có, vui lòng mô tả:

_____

Con quý vị có dị ứng với hoặc bị phản ứng xấu với các chất sau không:

☐ Thuốc gây tê tại chỗ
☐ Latex
☐ Aspirin
☐ Khác (vui lòng mô tả):
☐ Codeine hoặc thuốc gây mê khác
☐ Penicillin hoặc kháng sinh khác
☐ Thuốc an thần hoặc thuốc ngủ
☐ I-ốt

_____

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

Liệt kê tất cả thuốc mà học sinh đang dùng (bao gồm cả thuốc kê toa và không kê toa):
_____
_____

Ký tên vào phần dưới đây để đảm bảo chắc chắn về dịch vụ chăm sóc nha khoa/sức khỏe cho con quý vị. Theo hiểu biết tốt nhất của tôi thì các thắc mắc với nội dung trong mẫu đơn này đã được giải đáp thỏa đáng. Tôi hiểu rằng nếu cung cấp thông tin không chính xác thì có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe cho con mình. Tôi có trách nhiệm phải thông báo cho văn phòng của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe biết mọi thay đổi về tiền sử y khoa của con mình.

Chữ ký của Cha mẹ/Người giám hộ: _____ Ngày: _____

Chữ ký của người điền mẫu đơn nếu không phải là cha mẹ/người giám hộ:

_____

Điện thoại Liên lạc: _____

Đồng ý Cung cấp Dịch vụ
Tôi cho phép CHC – Trung tâm Nha khoa Học đường:
☐ Lên lịch và điều trị cho con tôi về các nhu cầu nha khoa phòng ngừa và phục hồi
☐ Chỉ lên lịch và điều trị cho các nhu cầu nha khoa của con tôi khi tôi cho phép (bằng lời hoặc văn bản)
☐ Chỉ lên lịch và điều trị cho các nhu cầu nha khoa của con tôi khi tôi có mặt (trừ trường hợp chăm sóc y khoa, nha khoa hay sức khỏe tâm thần khẩn cấp)

Liên lạc Khẩn cấp/Thay đổi Tình trạng Sức khỏe hoặc Giám hộ
Tôi đồng ý thêm là sẽ thông báo bằng văn bản kịp thời cho nhân viên của CHC biết:

- Mọi thay đổi về sức khỏe răng miệng hoặc thể chất của con tôi và
- Mọi thay đổi về việc bảo hộ hoặc giám hộ của con tôi nếu ảnh hưởng đến khả năng tôi đưa ra sự đồng ý này thay mặt cho con mình.

Thỏa thuận về việc Vận chuyển đến và rời khỏi CHC – Trung tâm Nha khoa Học đường
Tiểu bang Vermont đã ký hợp đồng với Công ty Vận tải Dịch vụ Đặc biệt (Special Services Transportation Agency, SSTA) để cung cấp các dịch vụ vận chuyển cho học sinh đủ điều kiện Medicaid di chuyển giữa các trường học của Burlington và Trung tâm Nha khoa của CHC.
☐ Nếu con tôi cần vận chuyển như được nêu sau đây thì **Tôi đồng ý cho CHC lên lịch vận chuyển SSTA để đưa đón miễn phí con tôi từ trường đến các trung tâm cung cấp dịch vụ nha khoa.** CHC có thể tiết lộ thông tin về nhu cầu của con tôi để cung cấp phương tiện vận chuyển và thanh toán hóa đơn.

Xin lưu ý là SSTA có thể được Medicaid bồi hoàn cho những dịch vụ vận chuyển như vậy.

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: _____

Nếu được khám vào cuối buổi học, thì con tôi:
☐ Phải được đưa về nhà thông qua SSTA.
☐ Ít nhất đủ 16 tuổi và có thể tự đi về nhà.

Tôi là (tên của cha mẹ hoặc người giám hộ) _____
đã đọc tài liệu ở trên và hiểu rõ ý nghĩa trong đó. Chữ ký của tôi xác nhận rằng tôi đã xem, hiểu thông tin trong mẫu đơn này và đồng ý với tất cả hoạt động được nêu trên. Chữ ký của tôi cũng xác nhận thông tin trong mẫu đơn này là chính xác.

Chữ ký của Cha mẹ/Người giám hộ: _____ Ngày: _____

Chữ ký của người điền mẫu đơn nếu không phải là cha mẹ/người giám hộ:

_____

Điện thoại Liên lạc: _____

READ ONLY

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_____