

استمارة تسجيل المريض

الموقع: ☐ ضفة النهر ☐ المرفأ الآمن ☐ شارع اللؤلؤة ☐ الطرف الجنوبي ☐ جزر شامبلين ☐ صحة جيدة ☐ وينيوسكي ☐ إيسيكس

باعتبارها المركز الفيدرالي الصحي الموئل، نطلب الحكومة الفيدرالية من مراكز صحة المجتمع CHC جمع المعلومات التالية. يرجى ملاحظة أن جميع الردود تظل سرية.

الخصائص الديمغرافية للمرضى (يرجى ملء النموذج بالكامل بالقلم الأسود أو الأزرق فقط)			
الاسم الأخير	الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم المختار (إن وجد)
عنوان الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن العنوان الفعلي)			
رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	الضمانات في ملفك الشخصي	
الهاتف الخليوي	هاتف العمل	هاتف المنزل	
عنوان البريد الإلكتروني			
طريقة الاتصال المفضلة <input type="checkbox"/> الهاتف <input type="checkbox"/> رسالة نصية <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> بوابة المريض الإلكترونية			
النوع القانوني	الجنس الحالي	الهوية الجنسية	
<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> ذكر متحول جنسياً (من أنثى إلى ذكر) <input type="checkbox"/> أنثى متحولة جنسياً (من ذكر إلى أنثى) <input type="checkbox"/> اللانثاني <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/> اختار عدم الإفصاح	
الوجه الجنسي <input type="checkbox"/> مستقيم أو مغاير الجنس <input type="checkbox"/> شاذاً جنسياً، أو مثلي الجنس، أو مُجَذَّبٌ للمماثل <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس <input type="checkbox"/> شيء آخر <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> اختار عدم الإفصاح			
اللغة الأساسية			
هل أنت بحاجة إلى خدمات الترجمة الفورية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
الحالة الاجتماعية			
<input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> زواج مدني			
هل أنت عامل زراعي؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> مهاجر <input type="checkbox"/> موسمي			
هل أنت محارب قديم في الولايات المتحدة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
حالة السكن			
هل أنت بلا مأوى؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كنت بلا مأوى، هل أنت: <input type="checkbox"/> مزدوج (تعيش مع الآخرين) <input type="checkbox"/> ملجأ <input type="checkbox"/> شارع <input type="checkbox"/> انتقالي <input type="checkbox"/> غير معروف			
العرق (اختر كل ما ينطبق)			
أسيوي	سكان هاواي الأصليين أو سكان جزر المحيط الهادئ	أمريكي أسود أو أفريقي	أمريكي هندي أو من سكان الاسكا الأصليين
<input type="checkbox"/> صيني <input type="checkbox"/> فيتنامي <input type="checkbox"/> هندي أسيوي <input type="checkbox"/> كوري <input type="checkbox"/> فلبيني <input type="checkbox"/> ياباني <input type="checkbox"/> من دول آسيا الأخرى	<input type="checkbox"/> سكان هاواي الأصليين <input type="checkbox"/> جزيرة أخرى في المحيط الهادئ <input type="checkbox"/> غوامي أو تشامورو <input type="checkbox"/> ساموي	<input type="checkbox"/> أمريكي أسود أو أفريقي	<input type="checkbox"/> أمريكي هندي أو من سكان الاسكا الأصليين
الانتماء العرقي			
أصل إسباني (هسباني)، أو لاتيني/أ، أو إسباني			
ليس من أصل إسباني، لاتيني/أ، أو أصل إسباني			
اختار عدم الإفصاح			
<input type="checkbox"/> مكسيكي <input type="checkbox"/> أمريكي مكسيكي <input type="checkbox"/> المكسيكي الأمريكي <input type="checkbox"/> بورتوريكي <input type="checkbox"/> كوبّي <input type="checkbox"/> أصل إسباني (هسباني)، أو لاتيني/أ، أو إسباني <input type="checkbox"/> أصل إسباني ولاتيني/أ وإسباني آخر			

المعلومات المالية: يرجى وضع دائرة حول عدد أفراد الأسرة المناسب ونطاق دخل الأسرة الملائم في الجدول أدناه. جميع الردود تظل سرية.

المبادئ التوجيهية الفيدرالية للفقر لعام 2024				
عدد أفراد الأسرة	0-100% مستوى الفقر الفيدرالي	101-150% مستوى الفقر الفيدرالي	151-200% مستوى الفقر الفيدرالي	أكثر من 200% مستوى الفقر الفيدرالي
نطاق الدخل السنوي للأسرة على أساس عدد أفراد الأسرة				
1	0 دولار إلى 15,060 دولار	15,061 دولار إلى 22,590 دولار	22,591 دولار إلى 30,120 دولار	30,121 دولار وأكثر
2	0 دولار إلى 20,440 دولار	20,441 دولار إلى 30,606 دولار	30,607 دولار إلى 40,880 دولار	40,881 دولار وأكثر
3	0 دولار إلى 25,820 دولار	25,821 دولار إلى 38,730 دولار	38,731 دولار إلى 51,640 دولار	51,641 دولار وأكثر
4	0 دولار إلى 31,200 دولار	31,201 دولار إلى 46,800 دولار	46,801 دولار إلى 62,400 دولار	62,401 دولار وأكثر
5	0 دولار إلى 36,580 دولار	36,581 دولار إلى 54,870 دولار	54,871 دولار إلى 73,160 دولار	73,161 دولار وأكثر
6	0 دولار إلى 41,960 دولار	41,961 دولار إلى 62,940 دولار	62,941 دولار إلى 83,920 دولار	83,921 دولار وأكثر
7	0 دولار إلى 47,340 دولار	47,341 دولار إلى 71,010 دولار	71,011 دولار إلى 94,680 دولار	94,681 دولار وأكثر
8	0 دولار إلى 52,720 دولار	52,721 دولار إلى 79,080 دولار	79,081 دولار إلى 105,440 دولار	105,441 دولار وأكثر
9	0 دولار إلى 58,100 دولار	58,101 دولار إلى 87,150 دولار	87,151 دولار إلى 116,200 دولار	116,201 دولار وأكثر
10	0 دولار إلى 63,480 دولار	63,481 دولار إلى 95,220 دولار	95,221 دولار إلى 126,960 دولار	126,961 دولار وأكثر
*	*أضف 5,380 دولار لكل فرد إضافي من أفراد العائلة.	*أضف 8,070 دولار لكل فرد إضافي من أفراد العائلة.	*أضف 10,760 دولار لكل فرد إضافي من أفراد العائلة.	

معلومات التأمين على الأسنان		معلومات التأمين الطبي	
<input type="checkbox"/> لدي تأمين على الأسنان. <input type="checkbox"/> ليس لدي تأمين على الأسنان. <input type="checkbox"/> أرغب في التقدم بطلب للحصول على مقياس الرسوم المتدرج.		<input type="checkbox"/> لدي تأمين طبي. <input type="checkbox"/> ليس لدي تأمين طبي. <input type="checkbox"/> أرغب في التقدم بطلب للحصول على مقياس الرسوم المتدرج.	
اسم التأمين على الأسنان: رقم البوليصة / الهوية: اسم صاحب البوليصة:		اسم التأمين الطبي: رقم البوليصة / الهوية: اسم صاحب البوليصة:	
<u>معلومات التأمين الثانوي على الأسنان</u> اسم التأمين على الأسنان: رقم البوليصة / الهوية: اسم صاحب البوليصة:		<u>معلومات التأمين الطبي الثانوي</u> اسم التأمين الطبي: رقم البوليصة / الهوية: اسم صاحب البوليصة:	
الصيدلية (المفضلة) اسم الصيدلية: _____ موقع الصيدلية: _____			
بيانات الاتصال الأساسية في حالات الطوارئ الاسم: _____ صلة القرابة/رقم الهاتف: _____			
البيانات الأساسية للشخص المسئول (أي مريض يقل عمره عن 18 عامًا يجب أن يكون لديه شخص مسئول) <input type="checkbox"/> أحد الوالدين الذي له حق الحضانة <input type="checkbox"/> الوصي (إثبات الوضع القانوني المطلوب للعلاج في مركز صحة المجتمع (CHC))			
الاسم الأخير	الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم المختار (إن وجد)
عنوان الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
تاريخ الميلاد	رقم الهاتف		

موافقة على العلاج وموافقة على الإفصاح عن معلومات صحية

I. الموافقة على العلاج

أنا أُمْنَح 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 أوافق 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 المحدثة 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).

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 أعين 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 هذه الموافقة على أية إجراءات تتبعها CHC بناءً على هذه الموافقة قبل إلغائها. إذا لم تلغ 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.

ستستخدم معلوماتي الصحية المحمية CHC أقر بموجب هذا أنه قد عرض عليّ نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية وأدرك أن وفقًا لقانون الخصوصية.

اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: _____
توقيع المريض: _____ التاريخ: _____
ولي الأمر/الوصي: _____
توقيع ولي الأمر/الوصي: _____ التاريخ: _____

PATIENT REGISTRATION FORM

LOCATION: ☐ RIVERSIDE ☐ SAFE HARBOR ☐ PEARL STREET ☐ SOUTH END ☐ CHAMPLAIN ISLANDS ☐ GOOD HEALTH ☐ WINOOSKI ☐ ESSEX

As a Federally Qualified Health Center, CHC is required by the federal government to collect the following information. **Please note that all responses are confidential.**

PATIENT DEMOGRAPHICS (PLEASE FILL OUT ENTIRE FORM IN BLACK OR BLUE PEN ONLY)							
LAST NAME		FIRST NAME		MIDDLE INITIAL	CHOSEN NAME (IF ANY)		
STREET ADDRESS		CITY		STATE	ZIP CODE		
MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT THAN PHYSICAL ADDRESS)							
SOCIAL SECURITY NUMBER			DATE OF BIRTH		PRONOUNS		
CELL PHONE			WORK PHONE		HOME PHONE		
EMAIL ADDRESS				PREFERRED CONTACT METHOD <input type="checkbox"/> PHONE <input type="checkbox"/> TEXT <input type="checkbox"/> EMAIL <input type="checkbox"/> PATIENT PORTAL			
LEGAL SEX <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> MALE	CURRENT GENDER <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> MALE	GENDER IDENTITY <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> TRANSGENDER MALE (FEMALE-TO-MALE) <input type="checkbox"/> TRANSGENDER FEMALE (MALE-TO-FEMALE) <input type="checkbox"/> GENDERQUEER <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/> CHOOSE NOT TO DISCLOSE			SEXUAL ORIENTATION <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		
PRIMARY LANGUAGE			DO YOU NEED INTERPRETER SERVICES? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				
MARITAL STATUS <input type="checkbox"/> SINGLE <input type="checkbox"/> SEPERATED <input type="checkbox"/> MARRIED <input type="checkbox"/> WIDOWED <input type="checkbox"/> DIVORCED <input type="checkbox"/> CIVIL UNION		ARE YOU A U.S. VETERAN? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		ARE YOU AN AGRICULTURAL WORKER? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MIGRANT <input type="checkbox"/> SEASONAL			
HOUSING STATUS 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							
RACE (SELECT ALL THAT APPLY)							
ASIAN <input type="checkbox"/> CHINESE <input type="checkbox"/> VIETNAMESE <input type="checkbox"/> ASIAN INDIAN <input type="checkbox"/> KOREAN <input type="checkbox"/> FILIPINO <input type="checkbox"/> JAPANESE <input type="checkbox"/> OTHER ASIAN		NATIVE HAWAIIAN OR PACIFIC ISLANDER <input type="checkbox"/> NATIVE HAWAIIAN <input type="checkbox"/> OTHER PACIFIC ISLANDER <input type="checkbox"/> GUAMANIAN OR CHAMORRO <input type="checkbox"/> SAMOAN		BLACK OR AFRICAN AMERICAN <input type="checkbox"/> BLACK OR AFRICAN AMERICAN	AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE <input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE	WHITE <input type="checkbox"/> WHITE	CHOOSE NOT TO DISCLOSE <input type="checkbox"/> CHOOSE NOT TO DISCLOSE
ETHNICITY							
HISPANIC, LATINO/A, OR SPANISH ORIGIN <input type="checkbox"/> MEXICAN <input type="checkbox"/> MEXICAN AMERICAN <input type="checkbox"/> CHICANO <input type="checkbox"/> PUERTO RICAN <input type="checkbox"/> CUBAN <input type="checkbox"/> HISPANIC, LATINO/A, OR SPANISH ORIGIN <input type="checkbox"/> ANOTHER HISPANIC, LATINO/A, AND SPANISH ORIGIN			NOT HISPANIC, LATINO/A, OR SPANISH ORIGIN <input type="checkbox"/> NOT HISPANIC, LATINO/A, OR SPANISH ORIGIN		CHOOSE NOT TO DISCLOSE <input type="checkbox"/> CHOOSE NOT TO DISCLOSE		

Patient Name:

Date of Birth:

FINANCIAL INFORMATION: PLEASE CIRCLE THE APPROPRIATE FAMILY SIZE AND CORRESPONDING HOUSEHOLD INCOME RANGE ON THE TABLE BELOW. ALL RESPONSES ARE CONFIDENTIAL.

2024 FEDERAL POVERTY GUIDELINES				
FAMILY SIZE	0-100% FEDERAL POVERTY LEVEL	101-150% FEDERAL POVERTY LEVEL	151-200% FEDERAL POVERTY LEVEL	OVER 200% FEDERAL POVERTY LEVEL
	HOUSEHOLD ANNUAL INCOME RANGE BASED ON FAMILY SIZE			
1	\$0 TO \$15,060	\$15,061 TO \$22,590	\$22,591 TO \$30,120	\$30,121 & OVER
2	\$0 TO \$20,440	\$20,441 TO \$30,6060	\$30,661 TO \$40,880	\$40,881 & OVER
3	\$0 TO \$25,820	\$25,821 TO \$38,730	\$38,731 TO \$51,640	\$51,641 & OVER
4	\$0 TO \$31,200	\$31,201 TO \$46,800	\$46,801 TO \$62,400	\$62,401 & OVER
5	\$0 TO \$36,580	\$36,581 TO \$54,870	\$54,871 TO \$73,160	\$73,161 & OVER
6	\$0 TO \$41,960	\$41,961 TO \$62,940	\$62,941 TO \$83,920	\$83,921 & OVER
7	\$0 TO \$47,340	\$47,341 TO \$71,010	\$71,011 TO \$94,680	\$94,681 & OVER
8	\$0 TO \$52,720	\$52,721 TO \$79,080	\$79,081 TO \$105,440	\$105,441 & OVER
9	\$0 TO \$58,100	\$58,101 TO \$87,150	\$87,151 TO \$116,200	\$116,201 & OVER
10	\$0 TO \$63,480	\$63,481 TO \$95,220	\$95,221 TO \$126,960	\$126,961 & OVER
*	*ADD \$5,380 PER EACH ADDITIONAL FAMILY MEMBER.	*ADD \$8,070 PER EACH ADDITIONAL FAMILY MEMBER.	*ADD \$10,760 PER EACH ADDITIONAL FAMILY MEMBER	

DENTAL INSURANCE INFORMATION

- ☐ I currently have dental insurance.
☐ I currently DO NOT have dental insurance.
☐ I would like to apply for the sliding-fee scale.

DENTAL INSURANCE NAME:**POLICY/ID NUMBER:****POLICY HOLDER NAME:****SECONDARY DENTAL INSURANCE INFORMATION:****DENTAL INSURANCE NAME:****POLICY/ID NUMBER:****POLICY HOLDER NAME:****MEDICAL INSURANCE INFORMATION**

- ☐ I currently have medical insurance.
☐ I currently DO NOT have medical insurance.
☐ I would like to apply for the sliding-fee scale.

MEDICAL INSURANCE NAME:**POLICY/ID NUMBER:****POLICY HOLDER NAME:****SECONDARY MEDICAL INSURANCE INFORMATION:****MEDICAL INSURANCE NAME:****POLICY/ID NUMBER:****POLICY HOLDER NAME:****PREFERRED PHARMACY****PHARMACY NAME****PHARMACY LOCATION****EMERGENCY CONTACT INFORMATION**

NAME	RELATIONSHIP	PHONE NUMBER
------	--------------	--------------

RESPONSIBLE PARTY INFORMATION (ANY PATIENT UNDER 18 YEARS OLD MUST HAVE A RESPONSIBLE PARTY)

- ☐ CUSTODIAL PARENT
☐ GUARDIAN (PROOF OF LEGAL STATUS REQUIRED FOR TREATMENT AT CHC)

LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE INITIAL	CHOSEN NAME (IF ANY)
-----------	------------	----------------	----------------------

STREET ADDRESS	CITY	STATE	ZIP CODE
----------------	------	-------	----------

DATE OF BIRTH	PHONE NUMBER
---------------	--------------



- 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. 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. ☐

I hereby acknowledge that I have been offered a copy of the Notice of Privacy Practices and understand CHC will use my protected health information in accordance with privacy law. ☐

Name of Patient: _____ Date of Birth _____
 Patient Signature: _____ Date: _____
 Parent/Guardian: _____
 Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

REQUIRED