

استمارة تسجيل المريض

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

باعتبارها المركز الفيدرالي الصحي المؤهل، 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
أبيض <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> اختار عدم الإفصاح <input type="checkbox"/>			
اختار عدم الإفصاح <input type="checkbox"/>			
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"/>			
ليس من أصل إسباني، أو لاتيني/أ، أو من أصل إسباني			
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 <input type="checkbox"/>			

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		NATIVE HAWAIIAN OR PACIFIC ISLANDER		BLACK OR AFRICAN AMERICAN		AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE		WHITE	CHOOSE NOT TO DISCLOSE
<input type="checkbox"/> CHINESE	<input type="checkbox"/> NATIVE HAWAIIAN	<input type="checkbox"/> BLACK OR AFRICAN AMERICAN	<input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE	<input type="checkbox"/> WHITE	<input type="checkbox"/> CHOOSE NOT TO DISCLOSE				
<input type="checkbox"/> VIETNAMESE	<input type="checkbox"/> OTHER PACIFIC ISLANDER								
<input type="checkbox"/> ASIAN INDIAN	<input type="checkbox"/> GUAMANIAN OR CHAMORRO								
<input type="checkbox"/> KOREAN	<input type="checkbox"/> SAMOAN								
<input type="checkbox"/> FILIPINO									
<input type="checkbox"/> JAPANESE									
<input type="checkbox"/> OTHER ASIAN									
ETHNICITY									
HISPANIC, LATINO/A, OR SPANISH ORIGIN				NOT HISPANIC, LATINO/A, OR SPANISH ORIGIN			CHOOSE NOT TO DISCLOSE		
<input type="checkbox"/> MEXICAN <input type="checkbox"/> MEXICAN AMERICAN <input type="checkbox"/> CHICANO				<input type="checkbox"/> NOT HISPANIC, LATINO/A, OR SPANISH ORIGIN			<input type="checkbox"/> CHOOSE NOT TO DISCLOSE		
<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									

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 حاليًا تأمين على الأسنان. <input type="checkbox"/> ليس لدي حاليًا تأمين على الأسنان. <input type="checkbox"/> أرغب في التقدم بطلب للحصول على مقياس الرسوم المتدرج.		<input type="checkbox"/> لدي حاليًا تأمين طبي. <input type="checkbox"/> ليس لدي حاليًا 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		

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
---------------	--------------

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).



- 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. 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: _____

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

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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> الربو | <input type="checkbox"/> الحساسية | <input type="checkbox"/> فقر الدم (الأنيميا) |
| <input type="checkbox"/> السرطان | <input type="checkbox"/> عيب القلب الخلقي | <input type="checkbox"/> الحمى الروماتيزمية |
| <input type="checkbox"/> التهاب الكبد | <input type="checkbox"/> نوبات/صرع | <input type="checkbox"/> إعاقة/عجز |
| <input type="checkbox"/> فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز | <input type="checkbox"/> السل | <input type="checkbox"/> نفخة قلبية |
| <input type="checkbox"/> الناعور | <input type="checkbox"/> نزيف غير طبيعي | <input type="checkbox"/> اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة |
| <input type="checkbox"/> السكري | <input type="checkbox"/> مشاكل بالجيوب الأنفية | <input type="checkbox"/> طيف التوحد |
| <input type="checkbox"/> 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 حاملاً
- ☐ ابني لديه تفرحات في فمه، تأثير 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:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> التخدير الموضعي | <input type="checkbox"/> الكودين أو غيره من المخدرات |
| <input type="checkbox"/> اللاتكس | <input type="checkbox"/> البنسيلين أو غيره من المضادات الحيوية |
| <input type="checkbox"/> الأسبرين | <input type="checkbox"/> المهدئات أو الحبوب المنومة |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك (يُرجى التوضيح): _____ | <input type="checkbox"/> اليود |

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

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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Congenital Heart Defect | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Seizures/Epilepsy | <input type="checkbox"/> Handicap/Disability |
| <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Heart Murmur |
| <input type="checkbox"/> Hemophilia | <input type="checkbox"/> Abnormal Bleeding | <input type="checkbox"/> ADHD |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Sinus Trouble | <input type="checkbox"/> Autism Spectrum |
| <input type="checkbox"/> 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:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Local anesthetics | <input type="checkbox"/> Codeine or other narcotics |
| <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Penicillin or other antibiotics |
| <input type="checkbox"/> Aspirin | <input type="checkbox"/> Sedatives or sleeping pills |
| <input type="checkbox"/> Other (please describe): _____ | <input type="checkbox"/> Iodine |

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

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.

التاريخ:

توقيع ولي الأمر/الوصي:

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 أمتح إذني (شفهياً أو خطياً) فقط
 - ☐ فقط تحديد موعد وعلاج طفلي لاحتياجات الأسنان عندما أكون متواجداً (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 أيضاً 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.
- يرجى 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 عاماً على الأقل ويمكنه المغادرة والسير إلى المنزل على مسؤوليته الخاصة.

أنا (اسم ولي الأمر أو الوصي) _____

قد قرأت النص الوارد أعلاه وأفهم معناه. توقيعني هو إقرار مني بأنني راجعت هذا النموذج، وفهمت المعلومات وأوافق على جميع الإجراءات الموضحة أعلاه. كما أن توقيعني هو شهادة مني على دقة المعلومات الواردة في هذا النموذج.

التاريخ:

توقيع ولي الأمر/الوصي:

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

هاتف الاتصال:

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: _____



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 _____