

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DU PATIENT

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

En tant que centre de santé qualifié au niveau fédéral, le CHC est tenu par le gouvernement fédéral de collecter les informations suivantes. **Veillez noter que toutes les réponses sont confidentielles.**

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (VEUILLEZ REMPLIR TOUT LE FORMULAIRE AU STYLO NOIR OU BLEU UNIQUEMENT)						
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM		
ADRESSE POSTALE		VILLE		ÉTAT		
ADRESSE POSTALE (SI DIFFÉRENTE DE L'ADRESSE PHYSIQUE)						
NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE			DATE DE NAISSANCE		PRONOMS	
TÉLÉPHONE PORTABLE			TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL		TÉLÉPHONE DOMICILE	
ADRESSE ÉLECTRONIQUE				MÉTHODE DE CONTACT PRÉFÉRÉE		
				<input type="checkbox"/> TÉLÉPHONE <input type="checkbox"/> MESSAGE TEXTE <input type="checkbox"/> COURRIEL <input type="checkbox"/> PORTAIL DES PATIENTS		
SEXE LÉGAL	GENRE ACTUEL	IDENTITÉ DE GENRE			ORIENTATION SEXUELLE	
<input type="checkbox"/> FÉMININ <input type="checkbox"/> MASCULIN	<input type="checkbox"/> FÉMININ <input type="checkbox"/> MASCULIN	<input type="checkbox"/> FÉMININ <input type="checkbox"/> MASCULIN <input type="checkbox"/> HOMME TRANSGENRE (Femme vers Homme/FTM) <input type="checkbox"/> FEMME TRANSGENRE (Homme vers Femme/MTF) <input type="checkbox"/> ALTERSEXUEL <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> JE PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE			<input type="checkbox"/> HÉTÉROSEXUEL(LE) <input type="checkbox"/> LESBIENNE, GAY OU HOMOSEXUEL(LE) <input type="checkbox"/> BISEXUEL(LE) <input type="checkbox"/> QUELQUE CHOSE D'AUTRE <input type="checkbox"/> JE NE SAIS PAS <input type="checkbox"/> JE PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE	
LANGUE PRINCIPALE			AVEZ-VOUS BESOIN DES SERVICES D'UN INTERPRÈTE ?			
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
SITUATION DE FAMILLE		ÊTES-VOUS UN VÉTÉRAN DES ÉTATS-UNIS ?		ÊTES-VOUS UN TRAVAILLEUR AGRICOLE ?		
<input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> SÉPARÉ(E) <input type="checkbox"/> MARIÉ(E) <input type="checkbox"/> VEUF(VE) <input type="checkbox"/> DIVORCÉ(E) <input type="checkbox"/> PACSÉ(E)		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> MIGRANT <input type="checkbox"/> SAISONNIER		
STATUT DE LOGEMENT						
ÊTES-VOUS SANS DOMICILE FIXE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON						
SI VOUS ÊTES SANS DOMICILE FIXE, ÊTES-VOUS : <input type="checkbox"/> EN COHABITATION (VIVANT AVEC D'AUTRES PERSONNES) <input type="checkbox"/> EN REFUGE <input type="checkbox"/> DANS LA RUE <input type="checkbox"/> EN TRANSITION <input type="checkbox"/> INCONNU						
RACE (SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES APPLICABLES)						
ASIATIQUE	NATIF DE HAWAÏ OU DES ÎLES DU PACIFIQUE		NOIR OU AFRO-AMÉRICAIN	AMÉRINDIEN OU NATIF DE L'ALASKA	BLANC	JE PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
<input type="checkbox"/> CHINOIS <input type="checkbox"/> VIETNAMIEN <input type="checkbox"/> INDIEN (ASIATIQUE) <input type="checkbox"/> CORÉEN <input type="checkbox"/> PHILIPPIN <input type="checkbox"/> JAPONAIS <input type="checkbox"/> AUTRE ASIATIQUE	<input type="checkbox"/> NATIF DE HAWAÏ <input type="checkbox"/> AUTRES INSULAIRES DU PACIFIQUE <input type="checkbox"/> GUAMANIAN OU CHAMORRO <input type="checkbox"/> SAMOAN		<input type="checkbox"/> NOIR OU AFRO-AMÉRICAIN	<input type="checkbox"/> AMÉRINDIEN OU NATIF DE L'ALASKA	<input type="checkbox"/> BLANC	<input type="checkbox"/> JE PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE
ETHNICITÉ						
D'ORIGINE HISPANIQUE, LATINO/A OU ESPAGNOLE			D'ORIGINE NON HISPANIQUE, LATINO/A, OU ESPAGNOLE		JE PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE	
<input type="checkbox"/> MEXICAIN <input type="checkbox"/> MEXICAIN AMÉRICAIN <input type="checkbox"/> CHICANO <input type="checkbox"/> PORTORICAIN <input type="checkbox"/> CUBAIN <input type="checkbox"/> D'ORIGINE HISPANIQUE, LATINO/A OU ESPAGNOLE <input type="checkbox"/> AUTRE ORIGINE HISPANIQUE, LATINO/A, ET ESPAGNOLE			<input type="checkbox"/> D'ORIGINE NON HISPANIQUE, LATINO/A OU ESPAGNOLE		<input type="checkbox"/> JE PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE	



DATE REC/ENTERED:
STAFF INITIALS:

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	CURRENT GENDER	GENDER IDENTITY			SEXUAL ORIENTATION
<input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> MALE	<input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> MALE	<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			<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		ARE YOU A U.S. VETERAN?		ARE YOU AN AGRICULTURAL WORKER?	
<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		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<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"/> VIETNAMESE <input type="checkbox"/> ASIAN INDIAN <input type="checkbox"/> KOREAN <input type="checkbox"/> FILIPINO <input type="checkbox"/> JAPANESE <input type="checkbox"/> OTHER ASIAN	<input type="checkbox"/> NATIVE HAWAIIAN <input type="checkbox"/> OTHER PACIFIC ISLANDER <input type="checkbox"/> GUAMANIAN OR CHAMORRO <input type="checkbox"/> SAMOAN	<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
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"/> 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		<input type="checkbox"/> NOT HISPANIC, LATINO/A, OR SPANISH ORIGIN		<input type="checkbox"/> CHOOSE NOT TO DISCLOSE	

Nom du patient :

Date de naissance :

INFORMATIONS FINANCIÈRES : VEUILLEZ ENCERCLER LA TAILLE DE LA FAMILLE ET LA FOURCHETTE DE REVENUS DU MÉNAGE DANS LE TABLEAU CI-DESSOUS. *TOUTES LES RÉPONSES SONT CONFIDENTIELLES.*

LIGNES DIRECTRICES FÉDÉRALES 2024 EN MATIÈRE DE PAUVRETÉ				
TAILLE DE LA FAMILLE	0-100 % DU NIVEAU DE PAUVRETÉ FÉDÉRAL	101-150 % DU NIVEAU DE PAUVRETÉ FÉDÉRAL	151-200 % DU NIVEAU DE PAUVRETÉ FÉDÉRAL	PLUS DE 200 % DU NIVEAU DE PAUVRETÉ FÉDÉRAL
FOURCHETTE DE REVENUS ANNUELS DES MÉNAGES EN FONCTION DE LA TAILLE DE LA FAMILLE				
1	DE 0 À 15 060 DOLLARS	DE 15 061 À 22 590 DOLLARS	DE 22 591 À 30 120 DOLLARS	30 121 DOLLARS ET PLUS
2	DE 0 À 20 440 DOLLARS	DE 20 441 À 30,6060 DOLLARS	DE 30 661 À 40 880 DOLLARS	40 881 DOLLARS ET PLUS
3	DE 0 À 25 820 DOLLARS	DE 25 821 À 38 730 DOLLARS	DE 38 731 À 51 640 DOLLARS	51 641 DOLLARS ET PLUS
4	DE 0 À 31 200 DOLLARS	DE 31 201 À 46 800 DOLLARS	DE 46 801 À 62 400 DOLLARS	62 401 DOLLARS ET PLUS
5	DE 0 À 36 580 DOLLARS	DE 36 581 À 54 870 DOLLARS	DE 54 871 À 73 160 DOLLARS	73 161 DOLLARS ET PLUS
6	DE 0 À 41 960 DOLLARS	DE 41 961 À 62 940 DOLLARS	DE 62 941 À 83 920 DOLLARS	83 921 DOLLARS ET PLUS
7	DE 0 À 47 340 DOLLARS	DE 47 341 À 71 010 DOLLARS	DE 71 011 À 94 680 DOLLARS	94 681 DOLLARS ET PLUS
8	DE 0 À 52 720 DOLLARS	DE 52 721 À 79 080 DOLLARS	DE 79 081 À 105 440 DOLLARS	105 441 DOLLARS ET PLUS
9	DE 0 À 58 100 DOLLARS	DE 58 101 À 87 150 DOLLARS	DE 87 151 À 116 200 DOLLARS	116 201 DOLLARS ET PLUS
10	DE 0 À 63 480 DOLLARS	DE 63 481 À 95 220 DOLLARS	DE 95 221 À 126 960 DOLLARS	126 961 DOLLARS ET PLUS
*	<i>*AJOUTER 5 380 DOLLARS POUR CHAQUE MEMBRE SUPPLÉMENTAIRE DE LA FAMILLE.</i>	<i>*AJOUTER 8 070 DOLLARS POUR CHAQUE MEMBRE SUPPLÉMENTAIRE DE LA FAMILLE.</i>	<i>*AJOUTER 10 760 DOLLARS POUR CHAQUE MEMBRE SUPPLÉMENTAIRE DE LA FAMILLE.</i>	

INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE DENTAIRE

- Je bénéficie actuellement d'une assurance dentaire.
- Je n'ai PAS actuellement d'assurance dentaire.
- Je souhaite demander à bénéficier de l'échelle des honoraires variables.

NOM DE L'ASSURANCE DENTAIRE :
NUMÉRO DE POLICE/D'IDENTIFICATION :
NOM DU TITULAIRE DE LA POLICE :

INFORMATIONS RELATIVES À L'ASSURANCE

DENTAIRE SECONDAIRE :
NOM DE L'ASSURANCE DENTAIRE :
NUMÉRO DE POLICE/D'IDENTIFICATION :
NOM DU TITULAIRE DE LA POLICE :

INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE MÉDICALE

- Je bénéficie actuellement d'une assurance médicale.
- Je n'ai PAS actuellement d'assurance médicale.
- Je souhaite demander à bénéficier de l'échelle des honoraires variables.

NOM DE L'ASSURANCE MÉDICALE :
NUMÉRO DE POLICE/D'IDENTIFICATION :
NOM DU TITULAIRE DE LA POLICE :

INFORMATIONS RELATIVES À L'ASSURANCE MÉDICALE SECONDAIRE :

NOM DE L'ASSURANCE MÉDICALE :
NUMÉRO DE POLICE/D'IDENTIFICATION :
NOM DU TITULAIRE DE LA POLICE :

PHARMACIE PRÉFÉRÉE

NOM DE LA PHARMACIE **EMPLACEMENT DE LA PHARMACIE**

INFORMATIONS SUR LES PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM **RELATION** **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE**

INFORMATIONS SUR LA PERSONNE RESPONSABLE (TOUT PATIENT DE MOINS DE 18 ANS DOIT AVOIR UNE PERSONNE RESPONSABLE)

- PARENT AVEC AUTORITÉ PARENTALE
- TUTEUR (LA PREUVE DU STATUT LÉGAL EST REQUISE POUR LE TRAITEMENT AU CHC)

NOM DE FAMILLE **PRÉNOM** **INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM** **NOM CHOISI (LE CAS ÉCHÉANT)**

ADRESSE POSTALE **VILLE** **ÉTAT** **CODE POSTAL**

DATE DE NAISSANCE **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE**

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

Consentement au traitement et Consentement à la divulgation d'informations de santé

I. Consentement au traitement

Par la présente, je donne aux centres de santé communautaires (CHC) mon consentement au traitement pour moi-même ou pour le patient désigné (dont je suis le parent ou le tuteur légal autorisé à consentir au traitement pour le patient désigné). Le traitement peut comprendre le dépistage, le diagnostic, le traitement médical, les soins dentaires, les services sociaux, le dépistage, l'évaluation, le diagnostic et le traitement en matière de santé mentale ou de drogues et d'alcool, et les services psychiatriques.

II. Consentement à la divulgation d'informations de santé :

Je consens à l'utilisation au sein du CHC et à la divulgation par le CHC à des personnes ou organisations extérieures au CHC de mes dossiers médicaux, dentaires, de toxicomanie et d'alcoolisme, de santé mentale, de psychiatrie et d'autres traitements et dossiers de santé (« informations de santé ») (ou de ceux du patient désigné dont je suis le parent ou le tuteur légal) aux fins suivantes :

A. Utilisation des informations de santé par ou pour le CHC à des fins de traitement, de paiement et de gestion des soins de santé :

- Traitement par le personnel du CHC.
- Effectuer des opérations en rapport avec les soins de santé, y compris des audits financiers ou d'assurance qualité et/ou des formations.
- Facturer directement à votre compagnie d'assurance
- Payer les services fournis par le CHC. Le CHC est autorisé à obtenir le paiement des services de soins de santé et peut fournir des dossiers médicaux aux compagnies d'assurance, aux organismes d'indemnisation des accidents du travail ou à d'autres agences qui paient pour les services de santé, ou d'autres informations d'assurance mises à jour dans le dossier du CHC.

B. Divulgation d'informations de santé à des personnes ou organisations extérieures au CHC à des fins de traitement :

- Le CHC est autorisé à fournir toutes les informations de santé à d'autres prestataires de soins de santé ou agences qui participent à vos soins. Il s'agit notamment des dossiers médicaux antérieurs provenant d'organisations extérieures. (Une autorisation individuelle d'accès à l'information doit être soumise pour tous les membres de la famille, les amis ou les autres personnes que vous souhaitez voir accéder aux informations de votre dossier médical.)



- 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. Cession de prestations

J'autorise le CHC à facturer et à recevoir directement de Medicaid /Medicare ou de toute autre compagnie d'assurance le paiement pour les services qui m'ont été fournis.

Par la présente, je cède au CHC tous les paiements de Medicaid, Medicare ou de toute police d'assurance maladie pour les soins de santé qui m'ont été dispensés par le CHC.

Je comprends que je suis redevable envers le CHC de tout solde impayé résultant de mes soins.

Je reconnais qu'à ma connaissance, les informations démographiques que j'ai fournies sont véridiques et correctes.

Une copie des attentes du CHC en matière de paiement est disponible sur demande.

IV. Résiliation et restrictions du présent consentement :

- A.** Je comprends que j'ai le droit d'annuler ce consentement à tout moment par écrit. L'annulation de ce consentement n'affectera pas les mesures prises par le CHC sur la base de ce consentement avant qu'il ne soit annulé. S'il n'a pas été annulé précédemment, ce consentement prendra fin à la date suivante : _____. Si rien n'est indiqué, le présent consentement prendra fin trois ans après la dernière date de prestation de services à mon égard.
- B.** Je comprends que je peux demander des restrictions à l'utilisation ou à la divulgation de mes informations de santé aux fins décrites dans le présent consentement et que le CHC peut ou non accepter cette demande. Je comprends également qu'à l'exception des restrictions relatives à l'utilisation ou à la divulgation acceptée d'informations de santé, le CHC ne sera pas en mesure de me fournir des services (ou au patient désigné) en l'absence de ce consentement signé.
- C.** J'ai lu le présent consentement au traitement et à la divulgation d'informations de santé, je comprends son contenu et j'y consens en toute connaissance de cause.

Je confirme que des services d'accès linguistique m'ont été proposés avant que je ne signe le présent formulaire de consentement au traitement et de consentement à la divulgation d'informations de santé.

Je reconnais par la présente qu'on m'a offert une copie de l'avis de pratiques de confidentialité et je comprends que CHC utilisera mes informations de santé protégées conformément à la loi sur la confidentialité.

OBLIGATOIRE

Nom du patient : _____ Date de Naissance : _____
Signature du Patient : _____ Date : _____
Parent/Tuteur : _____
Signature du parent/tuteur : _____ Date : _____

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.

REQUIRED

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

Formulaire d'antécédents médicaux/dentaires

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____

École fréquentée par l'enfant : _____ Date du jour : _____

Antécédents médicaux

Veuillez cocher ci-dessous les cases qui s'appliquent à votre enfant :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Anémie |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Malformation cardiaque congénitale | <input type="checkbox"/> Rhumastisme articulaire aigu |
| <input type="checkbox"/> Hépatite | <input type="checkbox"/> Crises d'épilepsie | <input type="checkbox"/> Handicap/incapacité |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Souffle cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Hémophilie | <input type="checkbox"/> Saignements anormaux | <input type="checkbox"/> TDAH |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Problèmes de sinus | <input type="checkbox"/> Spectre autistique |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____ | | |

Autres informations sur la santé

Veuillez cocher ci-dessous les cases qui s'appliquent à votre enfant :

- Mon enfant fume des produits du tabac
 - Si oui, en quelle quantité ? _____
 - A-t-il ou a-t-elle envie d'arrêter ? _____
- Mon enfant consomme des drogues récréatives
- Mon enfant consomme de l'alcool
- Ma fille est enceinte ou pourrait l'être
- Mon enfant a des plaies inquiétantes dans la bouche
- Mon enfant a eu des problèmes avec des soins dentaires antérieurs
- On a dit à mon enfant qu'il ou elle devait prendre des antibiotiques avant de recevoir des soins dentaires
- Mon enfant rencontre des problèmes de sécurité à la maison ou avec ses amis
- Y a-t-il d'autres problèmes dentaires ou de santé dont vous aimeriez discuter aujourd'hui ?
 - Si oui, décrivez-les : _____

Votre enfant est-il ou est-elle allergique ou a-t-il/a-t-elle présenté une mauvaise réaction à l'un des produits suivants :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anesthésiques locaux | <input type="checkbox"/> Codéine ou autres produits narcotiques |
| <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Pénicilline ou autres antibiotiques |
| <input type="checkbox"/> Aspirine | <input type="checkbox"/> Sédatifs ou somnifères |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____ | <input type="checkbox"/> Iode |

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): _____

Veillez énumérer tous les médicaments que prend votre enfant (veillez inclure les médicaments sur ordonnance et les médicaments en vente libre) :

Veillez signer ci-dessous pour garantir des soins dentaires/de santé appropriés à votre enfant. À ma connaissance, j'ai répondu avec exactitude aux questions du présent formulaire. Je comprends que des informations incorrectes pourrait s'avérer dangereuses pour la santé de mon enfant. Il est de ma responsabilité d'informer le cabinet du prestataire de soins de santé de tout changement dans les antécédents médicaux de mon enfant.

Signature du parent/du tuteur : _____ Date : _____

Signature de la personne qui remplit le formulaire s'il ne s'agit pas du parent/du tuteur :

No de téléphone de contact : _____

Consentement à la prestation de services

J'autorise le CHC – School-Based Dental Center à :

- Programmer et traiter mon enfant pour des besoins dentaires préventifs et réparateurs
- Ne programmer et traiter les besoins dentaires de mon enfant que lorsque j'en ai donné l'autorisation (verbale ou écrite)
- Ne programmer et traiter les besoins dentaires de mon enfant qu'en ma présence (sauf en cas d'urgence médicale, dentaire ou de santé mentale)

Personne à contacter en cas d'urgence/de changement d'état de santé ou de garde

Je m'engage en outre à informer rapidement par écrit le personnel du CSC de ce qui suit :

- Tout changement dans la santé physique ou dentaire de mon enfant et
- Tout changement dans la garde ou la tutelle de mon enfant ayant une incidence sur ma capacité à fournir ce consentement au nom de mon enfant.

Accord concernant le transport vers et depuis le CHC – School-Based Dental Center

L'État du Vermont a passé un contrat avec l'agence de transport Special Services Transportation Agency (SSTA) pour fournir des services de transport aux élèves éligibles à Medicaid en direction ou en provenance des écoles de Burlington et des centres dentaires du CHC.

Si mon enfant a besoin d'un transport comme indiqué ci-dessous, **je consens à ce que le CHC organise un transport SSTA pour emmener mon enfant de son école pour des soins dentaires et l'y ramener, sans que cela ne me coûte quoi que ce soit.** Le CHC peut divulguer des informations sur les besoins de mes enfants à des fins de transport et de paiement.

Veillez noter que SSTA peut demander un remboursement à Medicaid pour ces services de transport.

Si mon enfant est examiné(e) à la fin de la journée scolaire, mon enfant :

- Doit être transporté(e) à domicile par SSTA.
- Est âgé(e) d'au moins 16 ans et peut quitter et rentrer chez lui/chez elle sous sa propre surveillance.

Je, soussigné(e) (nom du parent ou du tuteur) _____

ai lu le document ci-dessus et en comprends la signification. En apposant ma signature, je reconnais avoir pris connaissance du présent formulaire, avoir compris les informations qu'il contient et consentir à toutes les actions décrites ci-dessus. Ma signature atteste également de l'exactitude des informations fournies dans ce formulaire.

Signature du parent/du tuteur : _____ Date : _____

Signature de la personne qui remplit le formulaire s'il ne s'agit pas du parent/du tuteur :

No de téléphone de contact : _____

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: _____



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 _____