

FORMULARIO DE REGISTRO DE LA PACIENTE

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

Debido a que CHC es un centro de salud calificado a nivel federal, el gobierno federal le exige que obtenga la siguiente información. **Tenga en cuenta que todas las respuestas son confidenciales.**

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE (COMPLETE TODO EL FORMULARIO CON UN BOLÍGRAFO DE TINTA NEGRA O AZUL SOLAMENTE)

APELLIDO		NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE		NOMBRE ELEGIDO (SI EXISTIERA)	
CALLE		CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL	
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN FÍSICA)							
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL				FECHA DE NACIMIENTO		PRONOMBRES	
TELÉFONO CELULAR				TELÉFONO DEL TRABAJO		TELÉFONO DE CASA	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO					MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO ☐ TELÉFONO ☐ TEXTO ☐ CORREO ELECTRÓNICO ☐ PORTAL DEL PACIENTE		
SEXO LEGAL ☐ FEMENINO ☐ MASCULINO		GÉNERO ACTUAL ☐ FEMENINO ☐ MASCULINO		IDENTIDAD DE GÉNERO ☐ FEMENINO ☐ MASCULINO ☐ TRANSGÉNERO- MASCULINO (DE MUJER A VARÓN) ☐ TRANSGÉNERO - FEMENINO (DE VARÓN A MUJER) ☐ NO BINARIO ☐ OTRO ☐ PREFIERO NO DECIRLO		ORIENTACIÓN SEXUAL ☐ HETEROSEXUAL ☐ LESBIANA, GAY U HOMOSEXUAL ☐ BISEXUAL ☐ OTRA OPCIÓN ☐ NO LO SÉ ☐ PREFIERO NO DECIRLO	
IDIOMA MATERNO				¿NECESITA LOS SERVICIOS DE UN INTÉRPRETE? ☐ SÍ ☐ NO			
ESTADO CIVIL ☐ SOLTERO ☐ SEPARADO ☐ CASADO ☐ VIUDO ☐ DIVORCIADO ☐ UNIÓN LIBRE		¿ES VETERANO DE LOS EE. UU.? ☐ SÍ ☐ NO		¿ES TRABAJADOR AGRÍCOLA? ☐ NO ☐ MIGRANTE ☐ TEMPORAL			
SITUACIÓN EN RELACIÓN CON LA VIVIENDA ¿ES UNA PERSONA SIN HOGAR? ☐ SÍ ☐ NO SI ES UNA PERSONA SIN HOGAR, USTED: ☐ COMPARTE VIVIENDA (VIVE CON OTRAS PERSONAS) ☐ VIVE EN UN REFUGIO ☐ VIVE EN LA CALLE ☐ VIVE EN UN ALOJAMIENTO DE TRANSICIÓN ☐ LO DESCONOCE							
RAZA (SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)							
ASIÁTICA ☐ CHINA ☐ VIETNAMITA ☐ INDIA ASIÁTICA ☐ COREANA ☐ FILIPINA ☐ JAPONESA ☐ OTRA ETNIA ASIÁTICA		NATIVA DE HAWÁI O DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO ☐ NATIVA DE HAWÁI ☐ NATIVA DE OTRA ISLA DEL PACÍFICO ☐ HABITANTE DE GUAM O CHAMORRO ☐ SAMOANA		NEGRA O AFROAMERICANA ☐ NEGRA O AFROAMERICANA		INDIA ESTADOUNIDENSE O NATIVA DE ALASKA ☐ INDIA ESTADOUNIDENSE O NATIVA DE ALASKA	
						BLANCA ☐ BLANCA	
						PREFIERO NO DECIRLO ☐ PREFIERO NO DECIRLO	
ORIGEN ÉTNICO							
ORIGEN HISPANO, LATINO O ESPAÑOL ☐ MEXICANO ☐ MEXICANO ESTADOUNIDENSE ☐ CHICANO ☐ PUERTORRIQUEÑO ☐ CUBANO ☐ ORIGEN HISPANO, LATINO O ESPAÑOL ☐ OTRO ORIGEN HISPANO, LATINO O ESPAÑOL				ORIGEN NO HISPANO NI LATINO NI ESPAÑOL ☐ ORIGEN NO HISPANO NI LATINO NI ESPAÑOL		PREFIERO NO DECIRLO ☐ PREFIERO NO DECIRLO	

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 ☐ PHONE ☐ TEXT ☐ EMAIL ☐ PATIENT PORTAL			
LEGAL SEX ☐ FEMALE ☐ MALE	CURRENT GENDER ☐ FEMALE ☐ MALE	GENDER IDENTITY ☐ FEMALE ☐ MALE ☐ TRANSGENDER MALE (FEMALE-TO-MALE) ☐ TRANSGENDER FEMALE (MALE-TO-FEMALE) ☐ 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		
PRIMARY LANGUAGE			DO YOU NEED INTERPRETER SERVICES? ☐ YES ☐ NO				
MARITAL STATUS ☐ SINGLE ☐ SEPERATED ☐ MARRIED ☐ WIDOWED ☐ DIVORCED ☐ CIVIL UNION		ARE YOU A U.S. VETERAN? ☐ YES ☐ NO		ARE YOU AN AGRICULTURAL WORKER? ☐ NO ☐ MIGRANT ☐ SEASONAL			
HOUSING STATUS ARE YOU HOMELESS? ☐ YES ☐ NO IF HOMELESS, ARE YOU: ☐ DOUBLING UP (LIVING WITH OTHERS) ☐ SHELTER ☐ STREET ☐ TRANSITIONAL ☐ UNKNOWN							
RACE (SELECT ALL THAT APPLY)							
ASIAN ☐ CHINESE ☐ VIETNAMESE ☐ ASIAN INDIAN ☐ KOREAN ☐ FILIPINO ☐ JAPANESE ☐ OTHER ASIAN		NATIVE HAWAIIAN OR PACIFIC ISLANDER ☐ NATIVE HAWAIIAN ☐ OTHER PACIFIC ISLANDER ☐ GUAMANIAN OR CHAMORRO ☐ SAMOAN		BLACK OR AFRICAN AMERICAN ☐ BLACK OR AFRICAN AMERICAN	AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE ☐ AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE	WHITE ☐ WHITE	CHOOSE NOT TO DISCLOSE ☐ CHOOSE NOT TO DISCLOSE
ETHNICITY							
HISPANIC, LATINO/A, OR SPANISH ORIGIN ☐ MEXICAN ☐ MEXICAN AMERICAN ☐ CHICANO ☐ PUERTO RICAN ☐ CUBAN ☐ HISPANIC, LATINO/A, OR SPANISH ORIGIN ☐ ANOTHER HISPANIC, LATINO/A, AND SPANISH ORIGIN			NOT HISPANIC, LATINO/A, OR SPANISH ORIGIN ☐ NOT HISPANIC, LATINO/A, OR SPANISH ORIGIN		CHOOSE NOT TO DISCLOSE ☐ CHOOSE NOT TO DISCLOSE		

INFORMACIÓN SOBRE ASUNTOS ECONÓMICOS: ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL TAMAÑO ADECUADO DE LA FAMILIA Y EL RANGO DE INGRESO FAMILIAR CORRESPONDIENTE. *TODAS LAS RESPUESTAS SON CONFIDENCIALES.*

PAUTAS FEDERALES DE CLASIFICACIÓN DE LA POBREZA DE 2024				
TAMAÑO DE LA FAMILIA	DEL 0 % AL 100 % DEL NIVEL FEDERAL DE CLASIFICACIÓN DE LA POBREZA	DEL 101 % AL 150 % DEL NIVEL FEDERAL DE CLASIFICACIÓN DE LA POBREZA	DEL 151 % AL 200 % DEL NIVEL FEDERAL DE CLASIFICACIÓN DE LA POBREZA	MÁS DEL 200 % DEL NIVEL FEDERAL DE CLASIFICACIÓN DE LA POBREZA
RANGO DEL INGRESO FAMILIAR ANUAL SEGÚN EL TAMAÑO DE LA FAMILIA				
1	DE \$0 A \$15,060	DE \$15,061 A \$22,590	DE \$22,591 A \$30,120	MÁS DE \$30,121
2	DE \$0 A \$20,440	DE \$20,441 A \$30,660	DE \$30,661 A \$40,880	MÁS DE \$40,881
3	DE \$0 A \$25,820	DE \$25,821 A \$38,730	DE \$38,731 A \$51,640	MÁS DE \$51,641
4	DE \$0 A \$31,200	DE \$31,201 A \$46,800	DE \$46,801 A \$62,400	MÁS DE \$62,401
5	DE \$0 A \$36,580	DE \$36,581 A \$54,870	DE \$54,871 A \$73,160	MÁS DE \$73,161
6	DE \$0 A \$41,960	DE \$41,961 A \$62,940	DE \$62,941 A \$83,920	MÁS DE \$83,921
7	DE \$0 A \$47,340	DE \$47,341 A \$71,010	DE \$71,011 A \$94,680	MÁS DE \$94,681
8	DE \$0 A \$52,720	DE \$52,721 A \$79,080	DE \$79,081 A \$105,440	MÁS DE \$105,441
9	DE \$0 A \$58,100	DE \$58,101 A \$87,150	DE \$87,151 A \$116,200	MÁS DE \$116,201
10	DE \$0 A \$63,480	DE \$63,481 A \$95,220	DE \$95,221 A \$126,960	MÁS DE \$126,961
*	*SUME \$5,380 POR CADA INTEGRANTE ADICIONAL DE LA FAMILIA.	*SUME \$8,070 POR CADA INTEGRANTE ADICIONAL DE LA FAMILIA.	*SUME \$10,760 POR CADA INTEGRANTE ADICIONAL DE LA FAMILIA.	

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DENTAL	INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO
☐ Actualmente tengo seguro dental. ☐ Actualmente NO tengo seguro dental. ☐ Me gustaría presentar una solicitud para la escala de pago progresiva. NOMBRE DEL SEGURO DENTAL: NÚMERO DE PÓLIZA/ID: NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: INFORMACIÓN SECUNDARIA SOBRE EL SEGURO DENTAL: NOMBRE DEL SEGURO DENTAL: NÚMERO DE PÓLIZA/ID: NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:	☐ Actualmente tengo seguro médico. ☐ Actualmente NO tengo seguro médico. ☐ Me gustaría presentar una solicitud para la escala de pago progresiva. NOMBRE DEL SEGURO MÉDICO: NÚMERO DE PÓLIZA/ID: NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: INFORMACIÓN SECUNDARIA SOBRE EL SEGURO MÉDICO: NOMBRE DEL SEGURO MÉDICO: NÚMERO DE PÓLIZA/ID: NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:

FARMACIA DE SU PREFERENCIA
NOMBRE DE LA FARMACIA UBICACIÓN DE LA FARMACIA

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA
NOMBRE RELACIÓN NÚMERO DE TELÉFONO

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (TODOS LOS PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS DEBEN TENER UNA PERSONA RESPONSABLE)
☐ PADRE/MADRE QUE TIENE LA CUSTODIA ☐ TUTOR (PARA ADMINISTRAR TRATAMIENTO EN CHC, SE REQUIERE UNA CONSTANCIA DE SITUACIÓN LEGAL)
APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE NOMBRE ELEGIDO (SI EXISTIERA)
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
FECHA DE NACIMIENTO NÚMERO DE TELÉFONO

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

Consentimiento para recibir tratamiento y consentimiento para la entrega de información sobre la salud

I. Consentimiento para recibir tratamiento

Por medio del presente, doy mi consentimiento a Community Health Centers (CHC) para que se me proporcione tratamiento a mí o al paciente nombrado (de quien soy el padre, la madre o el tutor legal que tiene derecho de otorgar el consentimiento para que el paciente nombrado reciba tratamiento). El tratamiento puede incluir la evaluación del estado de salud; diagnóstico; tratamiento médico; atención dental; servicios sociales; pruebas de detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento de la salud mental o de drogadicción y alcoholismo y servicios psiquiátricos.

II. Consentimiento para entregar información sobre la salud:

Doy mi consentimiento para que CHC use dentro de CHC y entregue a personas u organizaciones ajenas a CHC mis historias clínicas (o las del paciente nombrado de quien soy el padre, la madre o el tutor legal) médicas, de atención dental, de drogadicción y alcoholismo, de la salud mental, de psiquiatría y de otros tratamientos (“información sobre la salud”) para los siguientes fines:

A. Uso de la información sobre la salud por parte de CHC o para CHC con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica:

- Administración de tratamiento por parte del personal de CHC.
- Realización de operaciones de atención médica, que incluyen capacitación y/o auditorías económicas o de control de calidad.
- Facturación a su compañía de seguro directamente.
- Pago por servicios proporcionados por CHC. CHC está autorizado a obtener el pago por los servicios de atención médica y puede proporcionar historias clínicas a las compañías de seguro, los seguros de compensación para trabajadores u otras agencias que pagan servicios de atención médica u otra información actualizada sobre el seguro que se encuentre en los archivos de CHC.

B. Entrega de información sobre la salud a personas u organizaciones ajenas a CHC para los fines del tratamiento:

- CHC está autorizado a proporcionar toda la información sobre la salud a otros prestadores o agencias de atención médica que participan en su atención. Esto incluye las historias clínicas anteriores de las organizaciones externas. (Se debe realizar una entrega individual de información para todos los familiares, amigos u otras personas que deseen acceder a la información de su historia clínica).



- 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 Asignación de beneficios

Autorizo a CHC a facturar y recibir el pago directamente de Medicaid/Medicare o de cualquier otro prestador de seguro por los servicios que me proporcione.

Por este medio, asigno a CHC todos los pagos de Medicaid, Medicare o cualquier póliza de seguro médico por la atención médica que me brinde CHC.

Entiendo que soy responsable de cualquier saldo adeudado relacionado con la atención que se me brinde en CHC.

Entiendo que, a mi leal saber y entender, la información demográfica que proporcioné es verdadera y correcta.

Una copia de las expectativas de pago de CHC está disponible si la solicita.

IV. Finalización y restricciones de este consentimiento:

- A. Entiendo que tengo derecho a cancelar este consentimiento en cualquier momento por escrito y que esta cancelación no afectará a ninguna acción que haya tomado CHC de conformidad con este consentimiento antes de que lo cancelara. Si no se cancela antes, este consentimiento finalizará en la siguiente fecha: _____. Si no se indica nada, este consentimiento finalizará tres años después de la última fecha en la que se me hayan brindado servicios.
- B. Entiendo que puedo solicitar restricciones sobre el uso o la entrega de la información sobre mi salud para los fines descritos en este consentimiento y que CHC puede aceptar la solicitud o no aceptarla. También entiendo que, salvo las restricciones sobre el uso o la entrega de la información sobre la salud que este acepte, CHC no podrá brindarme servicios a mí (o al paciente nombrado) sin este consentimiento firmado.
- C. He leído el consentimiento para recibir tratamiento y el consentimiento para la entrega de información sobre la salud, entiendo su contenido y doy mi consentimiento para ello con pleno conocimiento.

Confirmando que se me ofrecieron servicios de acceso lingüístico antes de firmar este formulario de consentimiento para recibir tratamiento y consentimiento para la entrega de información sobre la salud.

Por la presente reconozco que me han ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad y entiendo que CHC utilizará mi información de salud protegida de acuerdo con la ley de privacidad.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____
 Firma del paciente: _____ Fecha: _____
 Padre/madre/tutor: _____
 Firma del padre/de la madre/del tutor: _____ Fecha: _____

OBLIGATORIO

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

Formulario de antecedentes médicos/odontológicos

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela a la que asiste el niño: _____ Fecha de hoy: _____

Antecedentes médicos

Marque cualquiera de las siguientes opciones que correspondan al caso de su hijo:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Asma | ☐ Alergias | ☐ Anemia |
| ☐ Cáncer | ☐ Defecto cardíaco congénito | ☐ Fiebre reumática |
| ☐ Hepatitis | ☐ Convulsiones/epilepsia | ☐ Discapacidad |
| ☐ VIH/SIDA | ☐ Tuberculosis | ☐ Soplo cardíaco |
| ☐ Hemofilia | ☐ Sangrado anormal | ☐ ADHD |
| ☐ Diabetes | ☐ Problema en los senos paranasales | ☐ Espectro autista |
| ☐ Otro (describa): _____ | | |

Otra información sobre la salud

Marque cualquiera de las siguientes opciones que correspondan al caso de su hijo:

- ☐ Mi hijo fuma productos que contienen tabaco.
 - Si la respuesta es sí, ¿cuánto? _____
 - ¿Está interesado en dejar de fumar? _____
- ☐ Mi hijo usa drogas ilegales.
- ☐ Mi hijo consume alcohol.
- ☐ Mi hija está embarazada o es posible que lo esté.
- ☐ Mi hijo tiene llagas en la boca que son preocupantes.
- ☐ Mi hijo ha tenido problemas con procedimientos dentales anteriores.
- ☐ Le han dicho a mi hijo que necesitaba antibióticos antes de un procedimiento dental que se realizó en el pasado.
- ☐ Mi hijo tiene preocupaciones de seguridad en casa o con sus amigos.
- ☐ ¿Hay alguna otra preocupación relacionada con la salud dental o con la salud en general que le gustaría analizar hoy?
 - Si la respuesta es sí, describa: _____

¿Su hijo es alérgico o ha tenido una reacción mala a alguno de los siguientes productos?

- | | |
|---|--|
| ☐ Anestésicos locales | ☐ Codeína u otros narcóticos |
| ☐ Látex | ☐ Penicilina u otros antibióticos |
| ☐ Aspirina | ☐ Sedantes o somníferos |
| ☐ Otro (describa): _____ | ☐ Yodo |

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 | ☐ Allergies | ☐ Anemia |
| ☐ Cancer | ☐ Congenital Heart Defect | ☐ Rheumatic Fever |
| ☐ Hepatitis | ☐ Seizures/Epilepsy | ☐ Handicap/Disability |
| ☐ HIV/AIDS | ☐ Tuberculosis | ☐ Heart Murmur |
| ☐ Hemophilia | ☐ Abnormal Bleeding | ☐ ADHD |
| ☐ Diabetes | ☐ Sinus Trouble | ☐ 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 | ☐ Codeine or other narcotics |
| ☐ Latex | ☐ Penicillin or other antibiotics |
| ☐ Aspirin | ☐ Sedatives or sleeping pills |
| ☐ Other (please describe): _____ | ☐ Iodine |

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

Enumere todos los medicamentos que el estudiante está usando (incluya los fármacos recetados y no recetados): _____

Firme a continuación para garantizar la adecuada atención médica/odontológica para su hijo. A mi leal saber y entender, las preguntas de este formulario fueron respondidas con exactitud. Entiendo que el hecho de proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad notificarle a la oficina del prestador de atención médica cualquier cambio en los antecedentes médicos de mi hijo.

Firma del padre/la madre/el tutor: _____ Fecha: _____

Firma de la persona que completa el formulario si no es el padre/la madre/el tutor:

Teléfono de contacto: _____

Consentimiento para la prestación de servicios

Autorizo a CHC – School-Based Dental Center a:

- ☐ Programar citas y brindar tratamiento a mi hijo según las necesidades odontológicas preventivas y de reconstrucción.
- ☐ Programar citas y brindar tratamiento a mi hijo según las necesidades odontológicas únicamente cuando yo haya dado permiso (verbal o escrito).
- ☐ Programar citas y brindar tratamiento a mi hijo según las necesidades odontológicas cuando yo esté presente (excepto en el caso de una emergencia médica, odontológica o de salud mental).

Contacto en caso de emergencia/cambios en el estado de salud o en la custodia

También acepto que le comunicaré lo siguiente al personal de CHC de manera inmediata y por escrito:

- Cualquier cambio en la salud física o dental de mi hijo.
- Cualquier cambio en la custodia o tutela de mi hijo que afecte a mi capacidad para proporcionar este consentimiento en nombre de mi hijo.

Acuerdo relacionado con el transporte hacia y desde CHC – School-Based Dental Center

El estado de Vermont ha contratado a Special Services Transportation Agency (SSTA) para proporcionar servicios de transporte a los estudiantes aptos para Medicaid hacia y desde las escuelas de Burlington y CHC Dental Centers.

☐ Si mi hijo necesita servicios de transporte según se indica a continuación, **acepto que el servicio de transporte SSTA programado por CHC lleve a mi hijo hacia y desde la escuela para recibir servicios odontológicos, sin ningún costo para mí.** CHC puede entregar información sobre la necesidad de mi hijo con fines relacionados con el pago y el transporte.

Tenga en cuenta que SSTA puede pedir reembolso a Medicaid por estos servicios de transporte.

Si mi hijo realiza la visita al finalizar la jornada escolar:

- ☐ Deben llevarlo a su casa a través de SSTA.
- ☐ Tiene 16 años de edad o más y puede ir caminando solo a su casa.

Yo (nombre del padre, la madre o el tutor) _____ he leído el material anterior y entiendo su significado. Mi firma indica el reconocimiento de que he revisado este formulario, entiendo la información y acepto todas las acciones que se describen arriba. Mi firma también certifica la exactitud de la información proporcionada en este formulario.

Firma del padre/la madre/el tutor: _____ Fecha: _____

Firma de la persona que completa el formulario si no es el padre/la madre/el tutor:

Teléfono de contacto: _____

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 _____