

MẪU ĐƠN ĐĂNG KÝ BỆNH NHÂN

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

CHC là Trung tâm Y tế đạt Tiêu chuẩn Liên bang nên cần phải thu thập các thông tin sau theo yêu cầu của chính quyền liên bang. **Xin lưu ý rằng tất cả các câu trả lời đều được bảo mật.**

THÔNG TIN NHÂN KHẨU HỌC CỦA BỆNH NHÂN (VUI LÒNG ĐIỀN TOÀN BỘ BIỂU MẪU BẰNG BÚT MỰC ĐEN HOẶC XANH)					
HỌ	TÊN	TÊN LỚT	TÊN THƯỜNG GỌI (NẾU CÓ)		
ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG PHỐ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ ZIP		
ĐỊA CHỈ GỬI THƯ (NẾU KHÁC VỚI ĐỊA CHỈ Ở TRÊN)					
SỐ AN SINH XÃ HỘI		NGÀY SINH	DANH XƯNG		
ĐIỆN THOẠI DI ĐỘNG		ĐIỆN THOẠI CƠ QUAN	ĐIỆN THOẠI NHÀ		
ĐỊA CHỈ EMAIL		PHƯƠNG PHÁP LIÊN LẠC ƯU TIÊN ☐ ĐIỆN THOẠI ☐ TIN NHẮN ☐ EMAIL ☐ CÔNG THÔNG TIN BỆNH NHÂN			
GIỚI TÍNH HỢP PHÁP ☐ NỮ ☐ NAM	GIỚI TÍNH HIỆN TẠI ☐ NỮ ☐ NAM	BẢN DẠNG GIỚI ☐ NỮ ☐ NAM ☐ NAM CHUYỂN GIỚI (NỮ THÀNH NAM) ☐ NỮ CHUYỂN GIỚI (NAM THÀNH NỮ) ☐ KHÔNG GIỚI TÍNH ☐ KHÁC ☐ CHỌN KHÔNG TIẾT LỘ		XU HƯỚNG TÍNH DỤC ☐ BÌNH THƯỜNG HOẶC DỊ TÍNH ☐ ĐỒNG TÍNH NỮ, ĐỒNG TÍNH NAM HOẶC ĐỒNG TÍNH ☐ LƯỠNG TÍNH ☐ KHÁC ☐ KHÔNG BIẾT ☐ CHỌN KHÔNG TIẾT LỘ	
NGÔN NGỮ CHÍNH		QUÝ VỊ CÓ CẦN DỊCH VỤ THÔNG DỊCH VIÊN HAY KHÔNG? ☐ CÓ ☐ KHÔNG			
TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN ☐ ĐỘC THÂN ☐ LY THÂN ☐ ĐÃ KẾT HÔN ☐ GÓA ☐ ĐÃ LY DỊ ☐ SỐNG CHUNG		QUÝ VỊ CÓ PHẢI LÀ CỰU CHIẾN BINH HOA KỲ KHÔNG? ☐ CÓ ☐ KHÔNG		QUÝ VỊ CÓ PHẢI LÀ CÔNG NHÂN NÔNG NGHIỆP KHÔNG? ☐ KHÔNG ☐ NGƯỜI NHẬP CƯ ☐ NGƯỜI LÀM THỜI VỤ	
TÌNH TRẠNG NHÀ Ở QUÝ VỊ CÓ PHẢI LÀ NGƯỜI VÔ GIA CƯ KHÔNG? ☐ CÓ ☐ KHÔNG NẾU VÔ GIA CƯ THÌ QUÝ VỊ CÓ: ☐ Ở GHÉP (SỐNG CHUNG VỚI NGƯỜI KHÁC) ☐ NHÀ TRÚ ẨN ☐ TRÊN PHỐ ☐ NHÀ TRUNG CHUYỀN ☐ KHÔNG BIẾT					
CHUNG TỘC (VUI LÒNG CHỌN TẤT CẢ CÁC MỤC THÍCH HỢP)					
NGƯỜI GỐC Á	NGƯỜI HAWAII BẢN XỨ HOẶC ĐẢO THÁI BÌNH DƯƠNG	NGƯỜI DA ĐEN HOẶC MỸ GỐC PHI	NGƯỜI MỸ DA ĐỎ HOẶC BẢN XỨ ALASKA	NGƯỜI DA TRẮNG	CHỌN KHÔNG TIẾT LỘ
☐ NGƯỜI HOA ☐ NGƯỜI VIỆT ☐ NGƯỜI ẤN ĐỘ ☐ NGƯỜI HÀN ☐ NGƯỜI PHILIPPINES ☐ NGƯỜI NHẬT ☐ NGƯỜI CHÂU Á KHÁC	☐ NGƯỜI HAWAII BẢN XỨ ☐ NGƯỜI ĐẢO THÁI BÌNH DƯƠNG KHÁC ☐ NGƯỜI GUAMA HOẶC CHAMORRO ☐ NGƯỜI SAMOA	☐ NGƯỜI DA ĐEN HOẶC MỸ GỐC PHI	☐ NGƯỜI MỸ DA ĐỎ HOẶC BẢN XỨ ALASKA	☐ NGƯỜI DA TRẮNG	☐ CHỌN KHÔNG TIẾT LỘ
SẮC TỘC					
NGƯỜI HISPANIC, LATINH HOẶC GỐC TÂY BAN NHA			KHÔNG PHẢI NGƯỜI HISPANIC, LATINH HOẶC GỐC TÂY BAN NHA		CHỌN KHÔNG TIẾT LỘ
☐ NGƯỜI MEXICO ☐ NGƯỜI MỸ GỐC MEXICO ☐ NGƯỜI CHICANO ☐ NGƯỜI PUERTO RICO ☐ NGƯỜI CU-BA ☐ NGƯỜI HISPANIC, LATINH HOẶC GỐC TÂY BAN NHA ☐ NGƯỜI HISPANIC, LATINH HOẶC GỐC TÂY BAN NHA KHÁC			☐ KHÔNG PHẢI NGƯỜI HISPANIC, LATINH HOẶC GỐC TÂY BAN NHA		☐ CHỌN KHÔNG TIẾT LỘ

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

THÔNG TIN VỀ TÀI CHÍNH: HÃY KHOANH TRÒN QUY MÔ GIA ĐÌNH VÀ MỨC THU NHẬP HỘ GIA ĐÌNH TƯƠNG ỨNG Ở BẢNG SAU. TẤT CẢ CÁC CÂU TRẢ LỜI ĐỀU ĐƯỢC BẢO MẬT.

QUY ĐỊNH VỀ MỨC NGHÈO CỦA LIÊN BANG NĂM 2024				
QUY MÔ GIA ĐÌNH	0-100% MỨC NGHÈO CỦA LIÊN BANG	101-150% MỨC NGHÈO CỦA LIÊN BANG	151-200% MỨC NGHÈO CỦA LIÊN BANG	TRÊN 200% MỨC NGHÈO CỦA LIÊN BANG
	MỨC THU NHẬP HÀNG NĂM THEO QUY MÔ GIA ĐÌNH			
1	\$0 ĐẾN \$15.060	\$15.061 ĐẾN \$22.590	\$22.591 ĐẾN \$30.120	\$30.121 TRỞ LÊN
2	\$0 ĐẾN \$20.440	\$20.441 ĐẾN \$30.6060	\$30.661 ĐẾN \$40.880	\$40.881 TRỞ LÊN
3	\$0 ĐẾN \$25.820	\$25.821 ĐẾN \$38.730	\$38.731 ĐẾN \$51.640	\$51.641 TRỞ LÊN
4	\$0 ĐẾN \$31.200	\$31.201 ĐẾN \$46.800	\$46.801 ĐẾN \$62.400	\$62.401 TRỞ LÊN
5	\$0 ĐẾN \$36.580	\$36.581 ĐẾN \$54.870	\$54.871 ĐẾN \$73.160	\$73.161 TRỞ LÊN
6	\$0 ĐẾN \$41.960	\$41.961 ĐẾN \$62.940	\$62.941 ĐẾN \$83.920	\$83.921 TRỞ LÊN
7	\$0 ĐẾN \$47.340	\$47.341 ĐẾN \$71.010	\$71.011 ĐẾN \$94.680	\$94.681 TRỞ LÊN
8	\$0 ĐẾN \$52.720	\$52.721 ĐẾN \$79.080	\$79.081 ĐẾN \$105.440	\$105.441 TRỞ LÊN
9	\$0 ĐẾN \$58.100	\$58.101 ĐẾN \$87.150	\$87.151 ĐẾN \$116.200	\$116.201 TRỞ LÊN
10	\$0 ĐẾN \$63.480	\$63.481 ĐẾN \$95.220	\$95.221 ĐẾN \$126.960	\$126.961 TRỞ LÊN
*	*CỘNG THÊM \$5.380 VỚI MỖI THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH BỔ SUNG.	*CỘNG THÊM \$8.070 VỚI MỖI THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH BỔ SUNG.	*CỘNG THÊM \$10.760 VỚI MỖI THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH BỔ SUNG.	

THÔNG TIN VỀ BẢO HIỂM NHA KHOA

☐ Tôi hiện không có bảo hiểm nha khoa.

☐ Tôi hiện KHÔNG có bảo hiểm nha khoa.

☐ Tôi muốn nộp đơn xin tham gia chương trình giảm giá theo thang dịch vụ (sliding-fee scale).

TÊN BẢO HIỂM NHA KHOA:

SỐ ID/SỐ HỢP ĐỒNG:

TÊN CHỦ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM:

THÔNG TIN VỀ BẢO HIỂM NHA KHOA THỨ HAI:

TÊN BẢO HIỂM NHA KHOA:

SỐ ID/SỐ HỢP ĐỒNG:

TÊN CHỦ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM:

THÔNG TIN VỀ BẢO HIỂM Y TẾ

☐ Tôi hiện có bảo hiểm y tế.

☐ Tôi hiện KHÔNG có bảo hiểm y tế.

☐ Tôi muốn nộp đơn xin tham gia chương trình giảm giá theo thang dịch vụ (sliding-fee scale).

TÊN BẢO HIỂM Y TẾ:

SỐ ID/SỐ HỢP ĐỒNG:

TÊN CHỦ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM:

THÔNG TIN VỀ BẢO HIỂM Y TẾ THỨ HAI:

TÊN BẢO HIỂM Y TẾ:

SỐ ID/SỐ HỢP ĐỒNG:

TÊN CHỦ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM:

TIỆM THUỐC TÂY ƯU TIÊN

TÊN TIỆM THUỐC TÂY

VỊ TRÍ TIỆM THUỐC TÂY

THÔNG TIN LIÊN LẠC KHẨN CẤP

TÊN

MỐI QUAN HỆ

SỐ ĐIỆN THOẠI

THÔNG TIN BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM (BỆNH NHÂN DƯỚI 18 TUỔI PHẢI CÓ BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM)

☐ CHA MẸ GIÁM HỘ

☐ NGƯỜI GIÁM HỘ (BẰNG CHỨNG VỀ TÌNH TRẠNG PHÁP LÝ BẮT BUỘC ĐỂ ĐIỀU TRỊ TẠI CHC)

HỌ

TÊN

TÊN LỚT

TÊN THƯỜNG GỌI (NẾU CÓ)

ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG PHỐ

THÀNH PHỐ

TỈNH BANG

MÃ ZIP

NGÀY SINH

SỐ ĐIỆN THOẠI

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

Chấp thuận cho Điều trị và Tiết lộ Thông tin Sức khỏe

I. Chấp thuận cho Điều trị

Bằng mẫu đơn này, tôi chấp thuận cho phép các Trung tâm Sức khỏe Cộng đồng (CHC) điều trị cho tôi hoặc bệnh nhân có tên (người mà tôi là cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp có quyền chấp thuận điều trị cho bệnh nhân có tên). Điều trị có thể bao gồm sàng lọc sức khỏe, chẩn đoán, điều trị y tế, chăm sóc nha khoa, dịch vụ xã hội; sàng lọc đánh giá, chẩn đoán và điều trị sức khỏe tâm thần hoặc nghiện rượu và ma túy và các dịch vụ tâm thần.

II. Chấp thuận cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe:

Tôi chấp thuận cho phép CHC sử dụng trong nội bộ và tiết lộ cho những người hoặc tổ chức ngoài CHC hồ sơ y tế, nha khoa, điều trị nghiện rượu và ma túy, sức khỏe tâm thần, điều trị tâm thần, điều trị khác và hồ sơ sức khỏe ("thông tin sức khỏe") của tôi (hoặc của bệnh nhân có tên mà tôi là cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp) cho những mục đích sau:

A. Cho phép CHC sử dụng thông tin sức khỏe để tiến hành điều trị, thanh toán và các hoạt động chăm sóc sức khỏe:

- Cung cấp điều trị do nhân viên CHC thực hiện.
- Tiến hành các hoạt động chăm sóc sức khỏe, bao gồm kiểm toán và/hoặc huấn luyện bảo đảm chất lượng hoặc tài chính.
- Xuất hoá đơn trực tiếp cho công ty bảo hiểm của quý vị
- Thanh toán cho các dịch vụ mà CHC cung cấp. CHC được phép nhận thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và có thể cung cấp hồ sơ sức khỏe cho các công ty bảo hiểm, các công ty bồi thường tai nạn lao động hoặc các cơ quan khác thanh toán cho các dịch vụ y tế hoặc các thông tin bảo hiểm cập nhật khác mà CHC lưu trữ.

B. Tiết lộ thông tin sức khỏe cho những người hoặc tổ chức ngoài CHC cho các mục đích điều trị:

- CHC được phép cung cấp tất cả thông tin sức khỏe cho các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác hoặc các cơ quan tham gia chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Bao gồm cả các hồ sơ y tế trong quá khứ từ các tổ chức bên ngoài. (Bản tiết lộ Thông tin Cá nhân phải được gửi cho tất cả gia đình, bạn bè hoặc những người khác mà quý vị muốn truy cập vào thông tin Hồ sơ Y tế của mình.)



- 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. Chuyển nhượng Quyền lợi

Tôi ủy quyền cho CHC lập hóa đơn và nhận thanh toán trực tiếp từ Medicaid /Medicare hoặc bất kỳ công ty bảo hiểm nào khác cho các dịch vụ đã cung cấp cho tôi.

Bằng phương tiện này, tôi chuyển nhượng cho CHC tất cả các khoản thanh toán từ Medicaid, Medicare hoặc bất kỳ hợp đồng bảo hiểm sức khỏe nào cho việc chăm sóc sức khỏe mà CHC đã cung cấp cho tôi.

Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm với mọi khoản dư nợ chưa thanh toán do CHC chăm sóc sức khỏe cho tôi.

Với sự hiểu biết tốt nhất của mình, tôi hiểu rằng thông tin nhân khẩu học mà tôi đã cung cấp là đúng và trung thực.

Bản sao tài liệu dự kiến thanh toán của CHC sẽ được cung cấp cho quý vị theo yêu cầu.

IV. Kết thúc và những hạn chế của mẫu chấp thuận này:

- A. Tôi hiểu rằng tôi có quyền hủy bản chấp thuận này bất cứ lúc nào bằng cách nộp văn bản yêu cầu, nhưng việc hủy chấp thuận này sẽ không ảnh hưởng đến mọi hành động mà CHC đã thực hiện theo chấp thuận này trước khi tôi hủy bỏ. Nếu không bị hủy trước hạn, thì chấp thuận này sẽ chấm dứt vào ngày: _____. Nếu ngày, sự kiện hoặc điều kiện không được nêu rõ, thì chấp thuận này sẽ kết thúc sau ba năm kể từ ngày cuối cùng tôi nhận dịch vụ.
- B. Tôi hiểu rằng tôi có thể yêu cầu hạn chế sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi cho các mục đích được mô tả trong chấp thuận này và CHC có thể đồng ý hoặc không đồng ý với yêu cầu này. Tôi cũng hiểu rằng ngoại trừ những hạn chế nói trên về việc sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe mà CHC đồng ý, CHC sẽ không thể cung cấp dịch vụ cho tôi (hoặc bệnh nhân có tên) mà không có chấp thuận đã ký tên này.
- C. Tôi đã đọc Chấp thuận Điều trị và Chấp thuận cho phép Tiết lộ Thông tin Sức khỏe này, đồng thời tôi hiểu và đồng ý với nội dung trong đó.

Tôi xác nhận là đã được cung cấp các dịch vụ ngôn ngữ trước khi tôi ký vào mẫu Chấp thuận Điều trị và Chấp thuận cho phép Tiết lộ Thông tin Sức khỏe này.

Bằng văn bản này, tôi xác nhận rằng tôi đã được cung cấp một bản sao Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư và hiểu rằng CHC sẽ sử dụng thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi theo luật về quyền riêng tư.

BẮT BUỘC

Tên Bệnh nhân: _____ Ngày Sinh: _____
 Chữ ký của Bệnh nhân: _____ Ngày: _____
 Cha mẹ/Người giám hộ: _____
 Chữ ký của Cha mẹ/Người giám hộ: _____ Ngày: _____

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

Mẫu đơn về Tiền sử Y khoa/Nha khoa

Tên Trẻ em: _____ Ngày sinh: _____

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

Tiền sử Y khoa

Vui lòng đánh dấu các mục sau đây nếu đúng với con quý vị:

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

Thông tin Khác về Sức khỏe

Vui lòng đánh dấu các mục sau đây đúng với con quý vị:

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

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

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

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): _____

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

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

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

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

Điện thoại Liên lạc: _____

Đồng ý Cung cấp Dịch vụ

Tôi cho phép CHC – Trung tâm Nha khoa Học đường:

- ☐ Lên lịch và điều trị cho con tôi về các nhu cầu nha khoa phòng ngừa và phục hồi
- ☐ Chỉ lên lịch và điều trị cho các nhu cầu nha khoa của con tôi khi tôi cho phép (bằng lời hoặc văn bản)
- ☐ Chỉ lên lịch và điều trị cho các nhu cầu nha khoa của con tôi khi tôi có mặt (trừ trường hợp chăm sóc y khoa, nha khoa hay sức khỏe tâm thần khẩn cấp)

Liên lạc Khẩn cấp/Thay đổi Tình trạng Sức khỏe hoặc Giám hộ

Tôi đồng ý thêm là sẽ thông báo bằng văn bản kịp thời cho nhân viên của CHC biết:

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

Thỏa thuận về việc Vận chuyển đến và rời khỏi CHC – Trung tâm Nha khoa Học đường

Tiểu bang Vermont đã ký hợp đồng với Công ty Vận tải Dịch vụ Đặc biệt (Special Services Transportation Agency, SSTA) để cung cấp các dịch vụ vận chuyển cho học sinh đủ điều kiện Medicaid di chuyển giữa các trường học của Burlington và Trung tâm Nha khoa của CHC.

☐ Nếu con tôi cần vận chuyển như được nêu sau đây thì **Tôi đồng ý cho CHC lên lịch vận chuyển SSTA để đưa đón miễn phí con tôi từ trường đến các trung tâm cung cấp dịch vụ nha khoa.** CHC có thể tiết lộ thông tin về nhu cầu của con tôi để cung cấp phương tiện vận chuyển và thanh toán hóa đơn.

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

Nếu được khám vào cuối buổi học, thì con tôi:

- ☐ Phải được đưa về nhà thông qua SSTA.
- ☐ Ít nhất đủ 16 tuổi và có thể tự đi về nhà.

Tôi là (tên của cha mẹ hoặc người giám hộ) _____

đã đọc tài liệu ở trên và hiểu rõ ý nghĩa trong đó. Chữ ký của tôi xác nhận rằng tôi đã xem, hiểu thông tin trong mẫu đơn này và đồng ý với tất cả hoạt động được nêu trên. Chữ ký của tôi cũng xác nhận thông tin trong mẫu đơn này là chính xác.

Chữ ký của Cha mẹ/Người giám hộ: _____

Ngày: _____

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

Điện thoại Liên lạc: _____

READ ONLY

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 _____