



PATIENT REGISTRATION FORM

Verified By: _____

DATE REC/ENTERED: ___/___/___

STAFF INITIALS: _____

APPOINTMENT TYPE/STAFF USE ONLY MEDICAL DENTAL

Riverside Safe Harbor Pearl Street South End Champlain Islands GoodHEALTH Winooski Family

PATIENT INFORMATION PLEASE COMPLETE (Fill out) entire form in Black or Blue Pen Only

LAST NAME			FIRST NAME			MI								
STREET ADDRESS			CITY			STATE			ZIP					
SOCIAL SECURITY #			DATE OF BIRTH			HOME PHONE			DAY PHONE			CELL PHONE		
EMAIL ADDRESS						PREFERRED CONTACT METHOD <input type="checkbox"/> PHONE <input type="checkbox"/> EMAIL <input type="checkbox"/> TEXT MESSAGE								
MARITAL STATUS <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Civil Union			RACE <input type="checkbox"/> African-American <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Asian-American <input type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> Caucasian/White <input type="checkbox"/> Multi-racial			Primary Language if Not English: _____ Do You Need Interpreter Services? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Ethnicity/Ethnic Origin: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic								
Primary Care Physician				AGRICULTURAL WORKER <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Seasonal				Are You a U.S. Veteran? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		FAMILY FINANCIAL INFORMATION Family/Household Size: _____ Household Income: \$ _____ <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Annually <input type="checkbox"/> Biweekly <input type="checkbox"/> Refused <input type="checkbox"/> Monthly				
LEGAL SEX <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE			CURRENT GENDER <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE			GENDER IDENTITY <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> TRANSGENDER MALE (Female-to-Male/FTM) <input type="checkbox"/> TRANSGENDER FEMALE (Male-to-Female/MTF) <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			As a Health Center that receives Federal funding, we are required to collect this information. All answers are confidential.		
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														

PREFERRED PHARMACY

PHARMACY NAME	PHARMACY LOCATION
---------------	-------------------

EMERGENCY CONTACT

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

RESPONSIBLE PARTY INFORMATION (Any patient under 18 must have a responsible party)

Patient (18 years or older) Custodial Parent Guardian (proof of legal status required for treatment)

LAST NAME			FIRST NAME			MI					
STREET ADDRESS			CITY			STATE			ZIP		
DATE OF BIRTH						HOME PHONE					

DENTAL INSURANCE INFORMATION

I currently have DENTAL insurance (see below)
 I currently DO NOT have DENTAL insurance
 I would like to apply for the SLIDING-FEE SCALE

Dental Insurance Name: _____
 Policy/ID Number: _____

I currently have secondary DENTAL insurance (see below)

Dental Insurance Name: _____
 Policy/ID Number: _____

MEDICAL INSURANCE INFORMATION

I currently have MEDICAL insurance (see below)
 I currently DO NOT have MEDICAL insurance
 I would like to apply for the SLIDING-FEE SCALE

Medical Insurance Name: _____
 Policy/ID Number: _____

I currently have secondary MEDICAL insurance (see below)

Medical Insurance Name: _____
 Policy/ID Number: _____

अपोइन्टमेन्टको प्रकार / कर्मचारीको प्रयोजनको लागि मात्र मेडिकल दन्तचिकित्सा

रिभरसाइड सेक हार्बर पर्ल स्ट्रिट साउथ एण्ड च्याम्पनेन आइल्याण्ड्स गुडहेल्थ विनुस्की फ्यामिली

बिरामीको विवरण कृपया कालो वा निलो मसिले पूरा फारम भर्नुहोस्				
थर	नाम			बिचको नाम
स्ट्रिट ठेगाना	शहर	प्रान्त	जिप	
सामाजिक सुरक्षा #	जन्म मिति	घरको फोन नं	दिवा फोन नं	मोबाइल फोन नं
इमेल ठेगाना	सम्पर्क गर्ने रुचाइएको विधि <input type="checkbox"/> फोन <input type="checkbox"/> ईमेल <input type="checkbox"/> पाठ सन्देश			
वैवाहिक अवस्था <input type="checkbox"/> अविवाहित <input type="checkbox"/> छुट्टिएको <input type="checkbox"/> विवाहित <input type="checkbox"/> बिधुर/बिधुवा <input type="checkbox"/> सम्बन्ध विच्छेद भएको <input type="checkbox"/> सिभिल युनियन	नश्व <input type="checkbox"/> अफ्रिकी-अमेरिकी <input type="checkbox"/> आदिवासी अमेरिकी <input type="checkbox"/> एसियाली-अमेरिकी <input type="checkbox"/> प्रशान्त द्वीपवासी <input type="checkbox"/> कर्केसियन/स्वेत <input type="checkbox"/> बहुनश्वीय	प्रमुख भाषा यदि अङ्ग्रेजी होइन भने: _____ तपाईंलाई दोभाषे सेवा चाहिन्छ ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन		
प्राथमिक स्वास्थ्य चिकित्सक	कृषिकर्मी <input type="checkbox"/> आँप्रवासी <input type="checkbox"/> मौसमी	के तपाईं अमेरिकी भूपू सैनिक हुनुहुन्छ ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	पारिवारिक वित्तीय विवरण परिवार/घरधुरी सदस्यहरूको संख्या: _____ घरायसी आमदानी: \$ _____ <input type="checkbox"/> साप्ताहिक <input type="checkbox"/> वार्षिक <input type="checkbox"/> पाक्षिक <input type="checkbox"/> इन्कार गरियो <input type="checkbox"/> मासिक	
कानुनी लिङ्ग <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला	लैङ्गिक पहिचान <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> अन्तरलिङ्गी पुरुष (महिलाबाट पुरुष/FTM) <input type="checkbox"/> अन्तरलिङ्गी महिला (पुरुषबाट महिला/MTF) <input type="checkbox"/> पृथक लिङ्ग / त्रिव्यय <input type="checkbox"/> अन्य <input type="checkbox"/> खुलासा गर्न नचाहेको	यौन अभिमुखीकरण <input type="checkbox"/> स्ट्रेट वा हेटरोसेक्सुअल <input type="checkbox"/> समलिङ्गी वा होमोसेक्सुअल <input type="checkbox"/> बाइसेक्सुअल/उभयलिङ्गी <input type="checkbox"/> अन्य केही <input type="checkbox"/> थाहा छैन <input type="checkbox"/> खुलासा गर्न नचाहेको	संघीय अनुदान प्राप्त गर्ने स्वास्थ्य केन्द्र भएको नाताले, हामीले यो जानकारी सङ्कलन गर्नु आवश्यक छ। सबै उत्तरहरू गोप्य रहने छन्।	
हालको लिङ्ग <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला	आवासीय स्थिति के तपाईं बेघर हुनुहुन्छ ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन यदि बेघर हुनुहुन्छ भने, के तपाईं: <input type="checkbox"/> अरुसँग बसिरहुनुभएको छ <input type="checkbox"/> आश्रय लिइरहुनुभएको छ <input type="checkbox"/> सडकमा बस्नुहुन्छ <input type="checkbox"/> अन्तरिम अवस्थामा हुनुहुन्छ <input type="checkbox"/> थाहा नभएको			
रुचाइएको फार्मसी				
फार्मसीको नाम	फार्मसीको ठेगाना			
आपत्कालीन सम्पर्क				
नाम	नाता	फोन नम्बर		
जिम्मेवार पक्षको जानकारी (18 भन्दा कम उमेरका कुनै पनि बिरामीको जिम्मेवार पक्ष हुनुपर्दछ)				
<input type="checkbox"/> बिरामी (18 वर्ष वा बढी उमेरको) <input type="checkbox"/> संरक्षक अभिभावक <input type="checkbox"/> संरक्षक (उपचारको लागि कानुनी हैसियतको प्रमाण आवश्यक हुन्छ)				
थर	नाम			बिचको नाम
स्ट्रिट ठेगाना	शहर	प्रान्त	जिप	
जन्म मिति	घरको फोन नं			
दन्त बीमा सम्बन्धी विवरण		स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धी विवरण		
<input type="checkbox"/> हाल मेरो दन्त बीमा छ (तल हेर्नुहोस्) <input type="checkbox"/> हाल मेरो दन्त बीमा गरेको छैन <input type="checkbox"/> म स्लाइडिङ-फि स्केलका लागि आवेदन गर्न चाहन्छु दन्त बीमा नाम: _____ पोलिसी/ID नंबर: _____		<input type="checkbox"/> हाल मेरो स्वास्थ्य बीमा छ (तल हेर्नुहोस्) <input type="checkbox"/> हाल मेरो स्वास्थ्य बीमा गरेको छैन <input type="checkbox"/> म स्लाइडिङ-फि स्केलका लागि आवेदन गर्न चाहन्छु स्वास्थ्य बीमा नाम: _____ पोलिसी/ID नंबर: _____		
<input type="checkbox"/> हाल मेरो सहायक दन्त बीमा छ (तल हेर्नुहोस्) दन्त बीमा नाम: _____ पोलिसी/ID नंबर: _____		<input type="checkbox"/> हाल मेरो सहायक स्वास्थ्य बीमा छ (तल हेर्नुहोस्) स्वास्थ्य बीमा नाम: _____ पोलिसी/ID नंबर: _____		



Consent for Treatment and Consent to Release Health Information

for Treatment, Payment and Health Care Operations

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 of Burlington, Inc. (CHCB). 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 of health information, including health/treatment records for treatment, payment and health care operations:

I consent to the use within CHCB and the disclosure to persons or organizations outside of CHCB 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 CHCB for the following purposes:

A. Use of health information by or for CHCB for treatment, payment, and health care operations:

- Providing treatment by CHCB staff;
- Conducting health care operations of CHCB including financial or quality assurance audits and/ or training.
- Payment for services provided by CHCB. CHCB is authorized to obtain payment for health care services and can provide health information to insurance companies, workers compensation insurers or other agencies that pay for health services, as identified in my CHCB registration form or other updated insurance information on file with CHCB.

B. Disclosure of health information to persons or organizations outside of CHCB for treatment purposes:

CHCB is authorized to provide all necessary health information as determined by CHCB, including information about treatment for substance use disorders to any of the following health providers if I am referred there for medical treatment:

- **Hospitals:** University of Vermont Medical Center (UVMC), Copley Hospital, Porter Hospital, Northwestern Medical Center, Central Vermont Medical Center (CVCA), Dartmouth Hitchcock Medical Center (DHMC)
- **Allergy:** Timberlane Allergy & Asthma Associates
- **Audiology:** Adirondack Audiology Associates
- **Cardiology:** CVCA, Central VT Cardiology, NWMC Cardio, DHMC Cardiology
- **Dermatology:** Dorset St. Dermatology, Four Seasons Dermatology
- **Gastroenterology:** VT Gastroenterology, Northwestern Medical Center
- **Home Health:** Bayada Home Health, UVMC Home Health & Hospice
- **Neurology:** DHMC Neurology, Neurological Associates of Burlington
- **OB/GYN:** Lake Champlain Gynecology, Maitri, VT Gynecology
- **Ortho:** NWMC Ortho, Mansfield Ortho
- **Oximetry:** Lincare
- **Pain Clinic:** VT Interventional Spine Center, VT Pain Management, UVMC Pain Management
- **Radiology:** CVMC Radiology, NWMC, Porter, Copley and VT Open MRI
- **Sleep Study:** VT Medical Sleep Disorder, UVMC Sleep Program
- **Urology:** DHMC Urology, Green Mountain Urology
- **Veterans** Veterans Administration Programs and Facilities
- **Physical Therapy:(PT)** PT 360, All Wellness PT, Appletree Bay, Catamount PT, Champlain PT, Choice PT, Cornerstone PT, DEE PT, Edge PT, Elite Health &

१. उपचारको लागि सहमति

म यसैसाथ बर्लिङ्टन सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, इंक (CHCB) लाई मेरो वा नाम उल्लेख गरिएका बिरामी (जसको म आमाबाबु वा कानुनी संरक्षक हुँ, जोसँग नाम उल्लेख गरिएका बिरामीको लागि उपचार गर्नका लागि सहमति प्रदान गर्ने अधिकार छ) को उपचारको लागि सहमति प्रदान गर्दछु। उपचारमा स्वास्थ्य स्क्रिनिङ, निदान, चिकित्सा उपचार, दन्त चिकित्सा, सामाजिक सेवा, मानसिक स्वास्थ्य वा लागु औषध तथा मादक पदार्थ स्क्रिनिङ, मूल्याङ्कन, निदान र उपचार, र मनोचिकित्सा सेवाहरू पर्न सक्छन्।

२. उपचार, भुक्तानी र स्वास्थ्यसेवा सञ्चालनको प्रयोजनको लागि स्वास्थ्य/उपचार रेकर्ड लगायत स्वास्थ्य सूचना खुलासा गर्ने सहमति

म CHCB द्वारा निम्न प्रयोजनका लागि मेरो (नाम उल्लेख भएको बिरामी जसको म आमाबाबु वा कानुनी अभिभावक हुँ) को मेडिकल, दन्त, लागु पदार्थ तथा मदिरा, मानसिक स्वास्थ्य, मनोचिकित्सा र अन्य उपचार तथा स्वास्थ्य सम्बन्धी रेकर्डहरू ("स्वास्थ्य सूचना") CHCB भित्र वा CHCB बाहिरका व्यक्ति वा संस्थालाई खुलासा गर्न सहमति प्रदान गर्दछु:

क. उपचार, भुक्तानी र स्वास्थ्यसेवा सञ्चालनको प्रयोजनको लागि CHCB द्वारा वा CHCB को लागि स्वास्थ्य सूचनाको प्रयोग:

- CHCB कर्मचारीद्वारा उपचार गर्ने;
- वित्तीय वा गुणस्तर लेखा परीक्षण र/वा प्रशिक्षण लगायत CHCB को स्वास्थ्य सेवा सञ्चालन।
- CHCB द्वारा प्रदान गरिएको सेवाहरूका लागि भुक्तानी। CHCB लाई स्वास्थ्यसेवाको लागि भुक्तानी असुली गर्न अनुमति छ र यसले मेरो CHCB दर्ता फारम वा CHCB सँग भएका फाइलमा अद्यावधि गरिएका बीमा सम्बन्धी अन्य सूचनामा पहिचान गरिए बमोजिमका स्वास्थ्य सेवाका लागि भुक्तानी गर्ने बीमा कम्पनीहरू, कामदार क्षतिपूर्ति बीमक तथा अन्य एजेन्सीहरूलाई स्वास्थ्य सूचना प्रदान गर्न सक्नेछ।

ख. उपचारको प्रयोजनको लागि CHCB बाहिरका व्यक्ति वा संस्थालाई स्वास्थ्य सूचनाको खुलासा:

CHCB लाई यसले निर्धारण गरे बमोजिमका मेडिकल उपचारको लागि मलाई त्यहाँ रिफर गरिएमा निम्नमध्ये कुनै पनि स्वास्थ्यसेवा प्रदायकलाई लागु पदार्थ दुर्व्यसनको उपचार सम्बन्धी लगायत सबै आवश्यक स्वास्थ्य सूचना प्रदान गर्न को लागि स्वीकृति छ:

- अस्पतालहरू: बर्मोन्ट विश्वविद्यालय चिकित्सा केन्द्र (UVMMC), कोप्ली अस्पताल, पोर्टर अस्पताल, नर्थवेस्टर्न चिकित्सा केन्द्र, सेन्ट्रल बर्मोन्ट चिकित्सा केन्द्र (CVCA), डार्टमथ हिचकक चिकित्सा केन्द्र (DHMC)
- एलर्जी: टिम्बरलेन एलर्जी एण्ड आन्मा असोसियेट्स
- अडियोलोजी: अडियोन्ड्याक अडियोलोजी असोसियेट्स
- कार्डियोलोजी: CVCA, सेन्ट्रल VT कार्डियोलोजी, NWMC कार्डियो, DHMC कार्डियोलोजी
- डर्म्याटोलोजी: डोसेट स्ट्रिट डर्म्याटोलोजी, फोर सिजन्स डर्म्याटोलोजी
- गेस्ट्रोएन्टेरोलोजी: VT गेस्ट्रोएन्टेरोलोजी, नर्थवेस्टर्न चिकित्सा केन्द्र
- गृह स्वास्थ्य: बायादा होम हेल्थ, UVMMC होम हेल्थ एण्ड हस्पिस
- न्युरोलोजी: DHMC न्युरोलोजी, न्युरोलोजिकल असोसियेट्स अफ बर्लिङ्टन
- OB/GYN: लेक च्याम्प्लेन गाइनेकोलोजी, मैत्री, VT गाइनेकोलोजी
- अर्थो: NWMC अर्थो, म्यान्सिफल्ड अर्थो
- अक्सिमेट्री: लिनकेयर
- पेन (दुखाइ) क्लिनिक: VT इन्टरभेन्सनल स्पाइन सेन्टर, VT पेन म्यानेजमेन्ट, UVMMC पेन म्यानेजमेन्ट
- रेडियोलोजी: CVMC रेडियोलोजी, NWMC, पोर्टर, कोप्ली र VT खुला MRI
- निन्द्रा अध्ययन: VT मेडिकल स्लिप डिसअर्डर, UVMMC स्लिप प्रोग्राम
- युरोलोजी: DHMC युरोलोजी, ग्रीन माउन्टेन युरोलोजी
- भूपू सैनिक भूपू सैनिक प्रशासन कार्यक्रम तथा संस्थाहरू
- शारीरिक थेरापी:(PT)PT 360, अल वेलनेस PT, एपलट्री बे, क्याटामाउन्ट PT, च्याम्प्लेन PT, चोइस PT, कर्नस्टोन PT, DEE PT, एज PT, एलिट हेल्थएण्डवेलनेस, एसेक्स PT, एभरी उमन, इभोलुसन थेरापी एण्डयोगा, एक्सेल PT, फेयरफ्याक्स PT, फरएभर फिट, जेनेसिस PT, GreenMtn. PT, इन्जुरी एण्ड हेल्थ म्यानेजमेन्ट सलुसन्स, इन्स्प्यायर PT, आइल्याण्ड PT, लिभिङवेल सेन्टर फर इन्टिग्रेटेड हेल्थ, लड ट्रेल PT, अन ट्याक PT, पिक PT, पेलिभकहेल्थ, फिनिक्स PT, पिनाकल PT, रिह्वाब जिम, ट्रान्जिसन्स PT, टिम्बरलेन PT, वास्ता PT, एण्ड बर्मोन्ट PT।
- CHCB लाई यहाँ उल्लेख नगरेका तर मेरो स्वास्थ्यसेवामा संलग्न हुन सक्ने अन्य स्वास्थ्यसेवा प्रदायक वा एजेन्टहरूलाई सबै स्वास्थ्य सूचना प्रदान गर्न अनुमति छ (लागु पदार्थ वा मदिरा दुरुपयोगको उपचार सम्बन्धी जानकारीको सम्बन्धमा बाहेक जसको लागि छुट्टै सहमति आवश्यक पर्नेछ);

Wellness, Essex PT, Every Woman, Evolution Therapy & Yoga, Excel PT, Fairfax PT, Forever Fit, Genesis PT, Green Mtn. PT, Injury & Health Management Solutions, Inspire PT, Island PT, Living Well Center for Integrated Health, Long Trail PT, On Track PT, Peak PT, Pelvic Health, Phoenix PT, Pinnacle PT, Rehab Gym, Transitions PT, Timberlane PT, Vasta PT, and Vermont PT.

- CHCB is authorized to provide all health information to other health providers or agencies not listed who may be involved in my care (except for information concerning treatment for drug or alcohol abuse for which a separate consent is required);

III. Termination and restrictions of this consent:

I understand that I have the right to revoke this consent at any time, but revoking this consent will not affect any actions which were taken by CHCB in reliance on this consent before I revoked it. If not previously revoked, this consent will terminate on the following date, event, or condition: _____ if none is indicated, this consent will terminate three years after the last date of services to me.

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 CHCB may or may not agree to requested the restrictions. I also understand that except for those restrictions on use or disclosure of health information to which it agrees, CHCB will not be able to provide services to me (or the named patient) without this signed consent.

IV. Assignment of Benefits

I hereby assign to CHCB any and all payments to which I am entitled under Medicaid, Medicare, or any health insurance policy for health care, behavioral health, psychiatry or dental health services rendered to me by CHCB. I further authorize CHCB to bill and receive payment directly from Medicaid /Medicare or my insurance carrier(s) for those services that CHCB delivered and for which I may be entitled to insurance coverage. I also authorize CHCB

to give Medicaid / Medicare or my health insurance carrier(s) any information necessary for billing purposes for services provided for such periods of time as I have received or am receiving health screening, diagnosis, medical treatment, dental care, social services, mental health or drug and alcohol screening, assessment, diagnosis and treatment, and psychiatry services.

I understand and acknowledge that I am financially responsible for any unpaid balances incurred as a result of my care at CHCB.

I understand that, to the best of my knowledge, the demographic information I have provided is true and correct.

I hereby acknowledge that I have been offered a copy of CHCB's Payment Expectations document and understand and agree to adhere to these expectations.

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

I understand that the Community Health Centers of Burlington, Inc. may use any e-mail address or mobile phone number provided to contact me for appointment reminders or other announcements. I understand that e-mail addresses and mobile phone numbers will not be sold to a third party or used for marketing purposes.

I have read this Consent for Treatment & Consent to Release of Health Information, and I understand and knowingly consent to its content.

REQUIRED

Name of Patient: _____ Date of Birth _____

Patient Signature: _____ Date: _____

Parent/Guardian: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

ग. यस सहमतिको समाप्ति र सीमाहरू:

म बुझ्छु कि मलाई कुनै पनि समयमा यो सहमति रद्द गर्ने अधिकार छ, तर यो सहमति रद्द गर्नाले मैले रद्द गर्नुभन्दा अगाडी यस सहमतिको आधारमा CHCB द्वारा गरिएका कुनै पनि कार्यलाई प्रभाव पार्ने छैन। यदि पहिले नै रद्द गरिएको छैन भने, यो सहमति निम्न मिति, घटना, वा अवस्थामा समाप्त हुनेछ: _____ यदि कुनै कुरा इङ्गित गरिएको छैन भने, यो सहमति मैले लिएको सेवाको अन्तिम मितिदेखि तीन वर्षमा समाप्त हुनेछ।

म बुझ्छु कि म यस सहमतिमा वर्णन गरिएका प्रयोजनहरूका लागि मेरो स्वास्थ्य जानकारीको प्रयोग वा खुलासामा सीमाहरूको लागि अनुरोध गर्न सक्छु र CHCB ले मैले अनुरोध गरेका सीमाप्रति सहमत हुन वा नहुन सक्दछ। म के पनि बुझ्दछु भने निज सहमत भएका स्वास्थ्य सूचनाको प्रयोग वा खुलासामा बाहेक, CHCB ले हस्ताक्षर गरिएको सहमति बिना म (वा नाम उल्लेख गरिएको बिरामी) लाई सेवाहरू प्रदान गर्न सक्नेछैन।

घ. लाभहरूको लागि हकवाला नियुक्ति

म यसैद्वारा CHCB द्वारा मलाई प्रदान गरिएका स्वास्थ्य सेवा, व्यवहारन्य स्वास्थ्य, मनोचिकित्सा वा दन्त चिकित्सा सेवा वापत मेडिकएड, मेडिकेयर, वा कुनै पनि स्वास्थ्य बीमा पोलिसी अन्तर्गत मैले पाउने कुनै तथा सबै भुक्तानीको CHCB लाई हकदार नियुक्त गर्दछु।

म त्यसको साथसाथै CHCB लाई CHCB द्वारा प्रदान गरिएका र मैले बीमा कभरेज प्राप्त गर्न सक्ने सेवाहरूका लागि मेडिकएड / मेडिकेयर वा मेरा बीमकहरूबाट सिधै बिल भुक्तानी गर्न र प्राप्त गर्न अनुमति प्रदान गर्दछु। म CHCB लाई मैले स्वास्थ्य परीक्षण, निदान, मेडिकल उपचार, दन्त स्वास्थ्य, सामाजिक सेवा, मानसिक स्वास्थ्य वा लागु औसध वा मदिरा परीक्षण, मूल्याङ्कन, निदान र उपचार, र मनोचिकित्सा सेवाहरू प्राप्त गरेको अवधिका लागि बीजक जारी गर्ने प्रयोजनका लागि कुनै पनि आवश्यक सूचना मेडिकएड / मेडिकेयर वा मेरा बीमकहरूलाई प्रदान गर्न पनि थप अनुमति प्रदान गर्दछु।

मैले CHCB मा प्राप्त गरेको स्वास्थ्यसेवाको परिणाम स्वरूप भुक्तानी हुन बाँकी कुनै पनि रकमको लागि आर्थिक रूपमा उत्तरदायी हुने कुरा पनि बुझेर स्वीकार गर्दछु।

मैले बुझेको छु, मलाई जानकारी भएसम्म, मैले प्रदान गरेको जनसांख्यिकीय जानकारी साँचो र सही छ।

म यसैसाथ स्वीकार गर्दछु कि मलाई CHCB को भुक्तानी अपेक्षा कागजातको प्रति दिइएको छ र यी अपेक्षाहरू बुझेर यिनको पालना गर्न सहमत छु।

म यसैद्वारा स्वीकार गर्दछु कि मलाई गोपनीयता सम्बन्धी अभ्यासको सूचनाको प्रति दिइएको छ र CHCB ले गोपनीयता कानून बमोजिम मेरो संरक्षित स्वास्थ्य सूचना प्रयोग गर्नेछ भन्ने कुरा म बुझ्दछु।

मैले बर्लिङ्टन सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, इंक उपलब्ध गराइएका कुनै पनि ईमेल ठेगाना वा मोबाइल फोनहरू अपोइन्टमेन्ट रिमाइन्डर वा अन्य घोषणाहरूको लागि मलाई सम्पर्क गर्न प्रयोग गर्न सक्छ भन्ने कुरा म बुझ्दछु। मैले बुझेको छु, ईमेल ठेगाना र मोबाइल फोन नम्बर तेस्रो पक्षलाई बेचिने छैन वा मार्केटिङ प्रयोजनका लागि प्रयोग गरिने छैन।

मैले उपचारको लागि सहमति र स्वास्थ्य सूचना खुलासाको सहमति पढेको छु, र मैले बुझेर जानाजान यसको विषयवस्तु प्रति सहमति जनाउँछु।

अनिवार्य

बिरामीको नाम: _____ जन्ममिति _____
बिरामीको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____
आमाबाबु/अभिभावक: _____
बिरामीको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____