

Họ	Tên	Tên Đệm	
Số An Sinh Xã Hội	Ngày Sinh	Giới Tính Khi Sinh <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Giới Tính Hiện Tại <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ

Nhận Dạng Giới Tính

<input type="checkbox"/> Giới Tính Bổ Sung hoặc Giới Tính Khác Vui lòng ghi rõ	<input type="checkbox"/> Chọn Không Tiết Lộ <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nữ sang Nam	<input type="checkbox"/> Giới Tính Không Xác Định <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nam sang Nữ
---	--	---

Khuynh Hướng Tính Dục

<input type="checkbox"/> Lưỡng Tính <input type="checkbox"/> Chọn Không Tiết Lộ <input type="checkbox"/> Không Biết	<input type="checkbox"/> Đồng Tính Nữ, Đồng Tính Nam Hay Đồng Tính <input type="checkbox"/> Thẳng hoặc Dị Tính	<input type="checkbox"/> Khác Vui lòng ghi rõ _____
---	---	--

Đại Từ Ưu Tiên

<input type="checkbox"/> Từ chối trả lời <input type="checkbox"/> Anh ấy, Của anh ấy	<input type="checkbox"/> Cô ấy, Của cô ấy <input type="checkbox"/> Họ, Của họ	<input type="checkbox"/> Ze, Hir <input type="checkbox"/> Khác
---	--	---

Địa Chỉ Gửi Thư			Địa Chỉ Nhà (nếu khác)		
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính

Tình Trạng Hôn Nhân:

<input type="checkbox"/> Độc Thân <input type="checkbox"/> Đã Kết Hôn	<input type="checkbox"/> Sống Chung Với Người Cùng Giới <input type="checkbox"/> Góa VỢ/Chồng	<input type="checkbox"/> Ly Hôn <input type="checkbox"/> Ly Thân Hợp Pháp
--	--	--

Ngôn ngữ ưu tiên của quý vị là gì? Vui lòng ghi rõ

Thông Tin Liên Lạc		Địa Chỉ Email:
Số Điện Thoại của Bệnh Nhân _____	<input type="checkbox"/> Nhà Riêng <input type="checkbox"/> Di Động <input type="checkbox"/> Ban Ngày	_____
Số Điện Thoại Phụ Huynh/Người Giám Hộ _____	<input type="checkbox"/> Nhà Riêng <input type="checkbox"/> Di Động <input type="checkbox"/> Ban Ngày	Cách Thức Liên Hệ Ưu Tiên: <input type="checkbox"/> Gọi Điện Tới Số Di Động <input type="checkbox"/> Email/Cổng Thông Tin Bệnh Nhân <input type="checkbox"/> Gọi Điện Ban Ngày <input type="checkbox"/> Thư

Trả lời những câu hỏi này có thể giúp HealthPoint nhận được tài trợ cho các dịch vụ.

Quý vị có bị khuyết tật hoặc tật nguyên không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Quý vị có phải là người nhập cư không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Tổng số người trong hộ gia đình quý vị (những người sống trong cùng một ngôi nhà và phụ thuộc vào cùng một thu nhập)	_____
Tổng số trẻ em dưới 18 tuổi trong hộ gia đình quý vị	_____
Điều nào sau đây mô tả đúng nhất về hộ gia đình quý vị?	<input type="checkbox"/> Cá Nhân <input type="checkbox"/> Chủ Hộ Là Nữ <input type="checkbox"/> Chủ Hộ Là Nam <input type="checkbox"/> Gia Đình Có Cả Cha và Mẹ
Quý vị hiện đang phục vụ trong một chi nhánh của quân đội, bao gồm cả Vệ Binh Quốc gia và Lực Lượng Dự Bị?	<input type="checkbox"/> Có/Si <input type="checkbox"/> Không
Có thành viên nào trong gia đình quý vị hiện là thành viên quân đội hoặc cựu chiến binh không?	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có, vợ/chồng hoặc người cùng chung sống <input type="checkbox"/> Có, con của <input type="checkbox"/> Có, họ hàng phụ thuộc khác
Quý vị có phải là người tị nạn không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không



Quý vị có phải là người vô gia cư hay đang ở nơi trú ẩn tạm thời không?		
<input type="checkbox"/> Chung Phòng	<input type="checkbox"/> Nhà Ở Hỗ Trợ Dài Hạn/	<input type="checkbox"/> Nơi Trú Ẩn Tạm Thời
<input type="checkbox"/> Không phải người vô gia cư	<input type="checkbox"/> Nhà Ở Công Cộng	<input type="checkbox"/> Đường Phố
<input type="checkbox"/> Khác		<input type="checkbox"/> Nhà Ở Chuyển Tiếp
Tại bất kỳ thời điểm nào trong 2 năm qua, có khi nào công việc tại nông trại theo thời vụ hoặc lưu động là nguồn thu nhập chính của quý vị hay gia đình quý vị không?		<input type="checkbox"/> Không làm việc ở nông trại <input type="checkbox"/> Có, làm việc tại nông trại lưu động <input type="checkbox"/> Có, làm việc tại nông trại theo thời vụ
Quý vị có cần thông dịch viên không?		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Quý vị thuộc chủng tộc nào và gốc gác gia đình ruột thịt của quý vị là gì? (Đánh dấu tất cả những lựa chọn đúng)		
<input type="checkbox"/> Người Mỹ Gốc Ấn/ Người Bản Địa Alaska/	<input type="checkbox"/> Người Da Đen/ Người Mỹ Gốc Phi/	<input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản Địa
<input type="checkbox"/> Người Châu Á	<input type="checkbox"/> Từ chối trả lời	<input type="checkbox"/> Người Dân Đảo Thái Bình Dương Khác
		<input type="checkbox"/> Người Da Trắng
Quý vị có phải là người gốc Tây Ban Nha hoặc người Mỹ gốc Tây Ban Nha-Latinh không?		<input type="checkbox"/> Có, tôi là người gốc Tây Ban Nha hoặc người Mỹ gốc Tây Ban Nha-Latinh <input type="checkbox"/> Không phải người gốc Tây Ban Nha hoặc người Mỹ gốc Tây Ban Nha-Latinh
Quý vị đã từng xuất ngũ từ các lực lượng đồng phục của Hoa Kỳ chưa?		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Bảo Hiểm Y Tế Chính của quý vị là gì?		<input type="checkbox"/> Provider One/Bộ Dịch Vụ Xã Hội và Y Tế (DSHS) <input type="checkbox"/> Tự Trả <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Tư Nhân _____
Tổng thu nhập hàng tháng của hộ gia đình quý vị là bao nhiêu? \$ _____ mỗi tháng		

Thẻ Học Sinh/Sinh Viên #	Trường
---------------------------------	---------------

Liên Hệ Khẩn Cấp Must be age 18 or older	
Họ	Tên
Số Điện Thoại	Mối Quan Hệ Với Bệnh Nhân

Nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi:			
Họ của Phụ Huynh/Người Giám Hộ		Tên của Phụ Huynh/Người Giám Hộ	
Số An Sinh Xã Hội	Ngày Sinh	Giới Tính Khi Sinh <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Mối Quan Hệ Với Bệnh Nhân <input type="checkbox"/> Cha/Mẹ <input type="checkbox"/> Người Giám Hộ <input type="checkbox"/> Khác
Địa Chỉ Gửi Thư			
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính	Điện Thoại
Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế:		Chính Sách #	Nhóm #

Tôi ủy quyền cho phép tiết lộ bất kỳ thông tin y tế nào cần thiết để xử lý các yêu cầu thanh toán của tôi và tôi ủy quyền cho phép thanh toán các phúc lợi y tế cho nhà cung cấp cho những dịch vụ được mô tả trên biểu mẫu yêu cầu thanh toán/hóa đơn thanh toán.

Tôi hiểu rằng dịch vụ chăm sóc của tôi tại HealthPoint có thể bao gồm các lần thăm khám với cả bác sĩ nội trú và sinh viên, những người được giám sát bởi nhà cung cấp dịch vụ điều trị hoặc giảng viên hướng dẫn khi cung cấp dịch vụ chăm sóc. Tôi xác nhận rằng các thông tin trên là đúng và chính xác theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi.

Chữ ký của phụ huynh hoặc người giám hộ _____ **Ngày** _____

Trung Tâm Y Tế Tại Trường HealthPoint Biểu Mẫu Chấp Thuận Các Dịch Vụ Y Tế

Trung Tâm Y Tế Tại Trường HealthPoint (SBHC) nằm trong khuôn viên trường thuộc sở hữu của học khu, phải có biểu mẫu chấp thuận có chữ ký của phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp trước khi cung cấp các dịch vụ cho học sinh, trừ trường hợp luật liên bang và/hoặc luật tiểu bang cho phép học sinh nhận dịch vụ điều trị đó mà không cần sự chấp thuận của cha mẹ/người giám hộ. Nếu học sinh ghi danh vào trường nhưng không ghi danh vào Trung Tâm Y Tế Tại Trường, học sinh đó vẫn có thể tiếp tục nhận các dịch vụ từ Y Tá Nhà Trường. Bằng văn bản này, tôi yêu cầu và ủy quyền cho phép:

Tên Học Sinh: _____ Ngày sinh: _____
Tên _____ Tên Đệm _____ Họ _____ Tháng/Ngày/Năm _____

có thể nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ nhân viên của HealthPoint. Các dịch vụ có thể bao gồm, nhưng không chỉ gồm, chăm sóc y tế định kỳ, chăm sóc sức khỏe bằng liệu pháp thiên nhiên, tư vấn sức khỏe tâm thần, khám sức khỏe thể thao, chăm sóc phòng ngừa, đánh giá và điều trị các thương tích và bệnh cấp tính, thuốc, tư vấn dinh dưỡng, chủng ngừa, xét nghiệm máu, yêu cầu và quản lý chụp chiếu hình ảnh cũng như khám nha khoa. Tôi cũng chấp thuận nhận giới thiệu về dịch vụ chăm sóc và, nếu cần, phương tiện chuyên chở khẩn cấp đến các bác sĩ, chuyên viên chăm sóc sức khỏe, bệnh viện, phòng khám hoặc các cơ quan chăm sóc sức khỏe khác khi nhân viên HealthPoint cho là cần thiết. Việc ủy quyền này không cho phép cung cấp các dịch vụ khi không có sự chấp thuận của học sinh, trừ khi học sinh không thể đưa ra chấp thuận.

Ngoài ra, tôi chấp thuận:

Cung cấp bản sao hồ sơ khám sức khỏe thể thao hoặc hồ sơ chủng ngừa cho học sinh;

Cho phép các nhà cung cấp của SBHC quản lý thuốc không cần kê toa (như ibuprofen, acetaminophen (Tylenol), thuốc kháng acid, v.v.) và các thuốc kê toa;

Tiết lộ cho SBHC hồ sơ giáo dục của con em tôi từ học khu. Hồ sơ giáo dục bao gồm, nhưng không chỉ gồm: tên học sinh, tên trường, lịch sử đi học chuyên cần, điểm và tín chỉ tích lũy, các bài tập sắp tới, các bài tập còn thiếu, điểm thi, Kế Hoạch Giáo Dục Cá Nhân (IEP) và các vấn đề kỷ luật được ghi lại. Tôi hiểu mục đích của việc chia sẻ các hồ sơ này là để thông báo cho đội ngũ chăm sóc sức khỏe của con em tôi về chương trình và quá trình học tập của con. Nhân viên của SBHC sẽ làm việc với nhà trường, gia đình và học sinh để giúp học sinh thành công ở trường.

Cho phép học sinh có tên ở trên nhận các dịch vụ y tế tại bất kỳ trung tâm y tế nào của HealthPoint được liệt kê bên dưới (để giảm nhu cầu đăng ký lại nếu trẻ muốn sử dụng trung tâm y tế HealthPoint không thuộc trường):

HealthPoint Auburn: (253) 735-0166

HealthPoint Federal Way: (253) 874-7634

HealthPoint SeaTac: (206) 277-7200

HealthPoint Bothell: (425) 486-0658

HealthPoint Redmond: (425)882-1697

HealthPoint Kent: (253) 852-2866

HealthPoint Renton: (425) 226-5536

HealthPoint Tukwila: (206) 439-3289

HealthPoint Midway: (206) 870-3590

HealthPoint Auburn North: (253) 351-3900

HealthPoint Tyee: (206) 277-7210

HealthPoint Evergreen: (206)835-2615

HealthPoint Renton High: (425) 424-6310

HealthPoint Cynthia A. Green: (206) 839-3540

PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ, vui lòng ký tắt để thể hiện rằng quý vị đã nhận được, hiểu và đồng ý với từng điều sau đây:

Thông Báo Về Thực Hành Bảo Mật: Tôi đã nhận được Thông Báo Về Thực Hành Bảo Mật của HealthPoint mô tả về cách thông tin sức khỏe của con em tôi có thể được sử dụng và chia sẻ với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác cũng như cách để tôi có thể truy cập thông tin của con em tôi. Thông báo có thể được tìm thấy ở đây:

http://www.healthpointchc.org/content/files/NoticeofPrivacyPractices_Eng_8.5x11_2.21.18.pdf

http://www.healthpointchc.org/content/files/NoticeOfPrivacyPractices_SP_12-2013.pdf

Các Bản Thông Tin Hướng Dẫn Về Vắc-xin: Tôi hiểu rằng có thể truy cập điện tử Các Bản Thông Tin Hướng Dẫn Về Vắc-xin tại <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html>. Khuyến khích Phụ Huynh/Người Giám Hộ xem xét các bản thông tin hướng dẫn VIS.

Các Hồ Sơ Chủng Ngừa/Vắc-xin: Tôi chấp thuận cho phép HealthPoint yêu cầu và nhận hồ sơ vắc-xin của con em tôi từ y tá nhà trường và/hoặc nhân viên nhà trường khác hay Cơ Quan Đăng Ký Chủng Ngừa Tiểu Bang Washington.

Tuỳ Chọn: Tôi chấp thuận cho phép HealthPoint và nhiếp ảnh gia của họ chụp ảnh hoặc quay phim tôi và/hoặc con em tôi vì mục đích tiếp thị để cho thấy các lợi ích của SBHC. Tôi cũng cho phép HealthPoint sử dụng và công bố ảnh/video của tôi và/hoặc con em tôi.

Chì Dành Cho Học Sinh Trung Học Cơ Sở: Tôi cho phép con em tôi rời trường để đến các cuộc hẹn thăm khám tại Trung Tâm Y Tế Tại Trường nằm trong khuôn viên trường trung học lân cận. Tôi hiểu rằng hệ thống cho phép đi và/hoặc có người đưa đi sẽ được sử dụng để đảm bảo học sinh quay trở lại lớp học.

Theo luật tiểu bang và/hoặc liên bang, khi có sự chấp thuận cho dịch vụ chăm sóc, thông tin chăm sóc sức khỏe đều được bảo mật. Có một vài ngoại lệ tồn tại. Ví dụ:

Khi được bệnh nhân cho phép qua biểu mẫu tiết lộ thông tin có chữ ký.

Khi bệnh nhân chỉ ra nguy cơ tổn hại sắp xảy ra cho bản thân hoặc người khác.

Khi bệnh nhân có vấn đề về sức khỏe đe dọa đến tính mạng và bệnh nhân dưới 18 tuổi.

Khi có lý do để nghi ngờ có hành vi lạm dụng hoặc bỏ bê.

Một số bệnh truyền nhiễm phải được báo cáo cho các cơ quan y tế công cộng.

Chữ Ký Của Học Sinh: _____ Ngày: _____

Chữ Ký Của Phụ Huynh/Người Giám Hộ: _____ Ngày: _____

Tên Và Mối Quan Hệ Của Người Giám Hộ Hợp Pháp (viết in hoa): _____

Việc đăng ký này sẽ duy trì tính hiệu lực miễn là người đăng ký là học sinh trong học khu Highline hoặc Renton. Học sinh hoặc người giám hộ có thể chọn rút lại sự chấp thuận bất cứ lúc nào. Vui lòng liên hệ với Điều Phối Viên của Phòng Khám để biết thêm thông tin.

THÔNG TIN BỔ SUNG QUAN TRỌNG

Các Trung Tâm Y Tế Tại Trường HealthPoint khuyến khích học sinh tham khảo ý kiến phụ huynh hoặc người giám hộ của mình khi đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe bất cứ khi nào có thể. Theo luật Tiểu Bang Washington, thanh thiếu niên có thể nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản một cách độc lập ở mọi lứa tuổi mà không cần sự chấp thuận của phụ huynh/người giám hộ. Ngoài ra, bắt đầu từ 13 tuổi, thanh thiếu niên có thể nhận các dịch vụ cai nghiện ma túy và đồ uống có cồn cũng như dịch vụ tư vấn sức khỏe tâm thần một cách độc lập mà không cần sự chấp thuận của phụ huynh/người giám hộ. Bắt đầu từ 14 tuổi, thanh thiếu niên có thể thực hiện xét nghiệm và/hoặc điều trị HIV và STI một cách độc lập. Vì thanh thiếu niên có thể nhận được dịch vụ chăm sóc này một cách độc lập, nên theo quy định của luật pháp, bắt buộc phải có sự chấp thuận của thanh thiếu niên để tiết lộ thông tin về việc mang thai và các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Theo quy định của luật pháp, bắt buộc phải có sự đồng ý của học sinh từ 13 tuổi trở lên và sự chấp thuận của phụ huynh/người giám hộ cho học sinh từ 12 tuổi trở xuống để tiết lộ thông tin về đồ uống có cồn và ma túy hoặc tư vấn sức khỏe tâm thần.

www.healthpointchc.org

Pediatric Patient Questionnaire

For children 12 months and older

NAME: _____

DOB: _____

INTERPRETER NEEDED?

NO YES, _____

a. Medications/Allergies

List any **allergy(ies)** and **reaction(s)** you have: NONE _____

List any medications you are currently taking: NONE

Medicine:	Dose:	How often:	3.		
1.			4.		
2.			5.		

b. Personal Health History

Have you ever had or are you being treated for any of the following conditions?

- | | | | | | |
|---------------------------|--|--------------------------------|--|--|--|
| ADHD | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | Eczema | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | Depression/Anxiety | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES |
| Food allergies | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | Broken or dislocated bone | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | Blood clots | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES |
| Seasonal allergies | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | Reflux/GERD | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | Mental illness | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES |
| Anemia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | Head injury | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | Learning/
Developmental delay | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES |
| Asthma | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | Headaches | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | Autism | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES |
| Bleeding disorder | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | Hearing problems | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | Vision problems | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES |
| Breathing problems | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | Ear infection | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | Snoring at night | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES |
| Concussion | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | Prematurity | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | Other: _____ | |
| Heart Problems | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | <i>How early?</i> _____ | | | |
| Constipation | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | Seizures | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | | |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | Kidney/Urinary tract infection | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES | | |

When you exercise do you have problems with:

- Passing out or feeling like you will pass out NO YES
- Chest pain or discomfort NO YES
- Heart skipping beats or racing NO YES
- Feeling lightheaded or more short of breath than expected NO YES
- Feeling more tired or short of breath than your friends NO YES

Have you ever had surgery:

- To remove your tonsils and/or adenoids NO YES
- To remove your appendix NO YES
- On your teeth (dental surgery) NO YES
- To place ear tubes NO YES
- List any other type of surgeries you had: NONE

c. Females Only

Have you had a period? NO YES

If yes, what age did you start having periods? _____

Please list any problems or concerns about your periods: NONE _____

d. Family History

Were you adopted NO YES

Has anyone in your family ever had (please provide information for biological parents and siblings only).

ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	Deafness	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	Sudden death	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
Asthma	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	Diabetes	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	Sickle cell disease	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
Cancer	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	High cholesterol	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	Bleeding disorder	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
Heart Problems	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	Strabismus/Lazy eye	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	Blood clots	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES

1. Has any family member or relative died of heart problems or had unexplained or unexpected sudden death before the age of 50 (including drowning, unexplained car accidents, or sudden infant death syndrome)? NO YES
2. Does anyone in your family have a pacemaker, implanted defibrillator, or heart rhythm problem? NO YES
3. Has anyone in your family had unexplained fainting, unexplained seizures, or near drowning? NO YES

e. Social History

Tobacco use (including vape): NO YES FORMER Smokers in family: NO YES Smoking allowed in the home: NO YES

Mother's Name: _____ Birthdate: _____ Age: _____ Living: NO YES

Father's Name: _____ Birthdate: _____ Age: _____ Living: NO YES

Does child attend Daycare? NO YES

Primary residence: Mother Father Other, _____ Secondary residence: Mother Father Other, _____

Mother's occupation: _____ Father's Occupation: _____ # of siblings: _____

Any concerns about relationships with family/friends/other? NO YES

Home type: Apartment House Condominium Mobile Home (trailer)

Do you drink tap water? NO YES

Do you use a helmet when you ride your bike, skate, or skateboard? NO YES N/A

Do you use a car seat? NO YES N/A Do you use a seat belt? NO YES

Do you have the following at home:

Carbon monoxide detector NO YES

Smoke detector NO YES

Firearms NO YES

How many hours per day do you spend: Playing sports/exercising? _____ Watching Television? _____ On the computer/internet? _____

f. Dental Health

How many times a day do you brush your teeth? _____

How many times a week do you floss your teeth? _____

Have you seen a dentist in the past year? NO YES

Thank you for taking the time to tell us about your health history.



NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE EXPLAINS HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND GIVEN OUT. IT ALSO EXPLAINS HOW YOU COULD GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

HealthPoint respects your privacy. We understand that your personal health information is very sensitive. We will not give out your information to others unless you tell us to, or unless the law allows or requires us to do so.

We are required by law to keep your protected health information (PHI) private, to give you this Notice, and follow the terms of this Notice. We also have the right to change our practices. If we make changes to this Notice, you will receive the updated Notice upon your next visit. If we change this Notice, we will post the revised notice in the waiting area of our office and on our web site at www.healthpointchc.org.

PHI is any information that includes your personal information, as well as health and billing information. For more information about our privacy practices, or for additional copies of this Notice, please contact us using the information listed at the end of this Notice.

I. USING AND RELEASING PROTECTED HEALTH INFORMATION

A. Without Your Written Permission. We have the right to use and share your health information for the following reasons:

1. **Treatment:** Information obtained by a nurse, physician, or other member of our health care team, recorded in your medical record, may be used to help decide your future care. We may also share information to others providing you care. This will help them stay informed about your care.

2. **Payment:** We request payment from your health insurance plan. Health plans need information from us about your medical care. Information shared with health plans may include your diagnoses, procedures performed, or future recommended care.

3. **Health Care Operations:** We may use and share PHI for our health care operations, such as quality improvement activities, training programs, accreditation, certification, licensing or credentialing activities. For example, we may use PHI to review our treatment and services and to evaluate the performance of our staff.

4. **Required or Permitted by Law:** We may share PHI when we are required or permitted to do so by law. For example, we may release PHI to proper authorities if we believe that you are a possible victim of abuse, neglect, or domestic violence. We may also share PHI necessary to stop a serious threat to the health or safety of you or others. Other releases could include: public health activities; requests from state or federal agencies; law enforcement; court order or other lawful process; approved research; workers' compensation claims; military or national security agencies, coroners, medical examiners, and correctional institutions.

B. Without Your Permission, And You May Object.

1. **Fundraising:** We may use PHI to contact you in an effort to raise money for our operations. We may also release PHI to a foundation that is related to us so that the foundation may contact you in an effort to raise money for its operations. Any fundraising communications with you will include a description of how you may opt out of receiving any further fundraising communications

2. **Family and Other Persons Involved in Your Care.** Unless you object, we may share your PHI with a family member, relative, close friend, or any other person you identify is involved in your medical care. We may share information to notify the person of your location general condition or payment related to your care.

3. **Disaster Relief Efforts.** We may share your protected PHI to a public or private entity authorized by law or its charter to assist in disaster relief efforts for coordinating notification of family members of your location, general condition, or death.

C. Needs Your Written Permission.

1. Psychotherapy Notes. We must get your permission to use or release psychotherapy notes, unless the psychotherapy notes are:

- (1) By the creator of the psychotherapy notes for treatment purposes,
- (2) For our own training programs in which mental health students, trainees or practitioners learn to improve their counseling skills,
- (3) To defend ourselves in a legal proceeding initiated by you,
- (4) To a health oversight agency for oversight of the creator of the psychotherapy notes,
- (5) To a coroner or medical examiner; or
- (6) To prevent or lessen a serious and imminent threat to the health or safety of a person or the general public.

2. Minors. We will follow Washington State law when using or sharing PHI of minors. Minors who receive health care services related to HIV/AIDS; STDs, mental health treatment, alcohol/drug testing, and treatment or reproductive health may request that another person receive that information on their behalf. If the minor does not give permission in writing to anyone, we will only release that information to the minor.

3. Marketing Communications: Sale of PHI. We must have your written permission before using or sharing PHI for marketing or the sale of PHI, consistent with the related definitions and exceptions set forth in HIPAA.

Other Uses and Releases. Any requests for information besides those described in this Notice will need your written permission. For example, you will need to sign a permission form before we can send PHI to your life insurance company or to your attorney. You may revoke your permission at any time by providing us with written request.

II. YOUR INDIVIDUAL RIGHTS

A. Right to Inspect and Copy. You may request to see your medical records and billing records in order to inspect and/or request copies of the records. All requests to view records must be made in writing. Under limited circumstances, we may deny access to your records. We may charge a fee for the cost of copying and sending records you request.

B. Right to Alternative Communications. You may request in writing to receive PHI by alternative means of communication or at alternative locations.

C. Right to Request Restrictions. You have the right to limit PHI we use or share for treatment, payment, or health care operations. You must request limitations in writing addressed to **Michelle A. Matt, HIPAA Privacy Officer**. We are not required to agree to limitations you request, **unless** your request is to limit releasing PHI to a health plan for payment or health care operations and that PHI directly relates to a health care item or service that you or another person or entity on your behalf paid in full.

D. Right to Accounting of Releases. You may request in writing an accounting of releases of PHI made by us in the last six years, subject to certain restrictions and limitations.

E. Right to Request Amendment: You have the right to request that we amend your PHI. Your request must be in writing, and it must explain why the information should be amended. We may deny your request under certain circumstances.

F. Right to Obtain Notice. You have the right to obtain a paper copy of this Notice by submitting a request to **Michelle Matt, HIPAA Privacy Officer, at (425) 277-1311 ext. 11151** at any time

G. Right to Receive Notification of a Breach. We are required to notify you if we discover a breach of your unsecured PHI, according to requirements under federal law.

H. Questions and Complaints. If you have questions about your privacy rights, or are concerned that we have violated your privacy rights, you may contact **Michelle Matt, HIPAA Privacy Officer, at (425) 277-1311 ext. 11151**. You may also file a written complaint with the Director, Office for Civil Rights of the U.S. Department of Health and Human Services. We will not retaliate against you if you file a complaint with the Director or with our office.

III. EFFECTIVE DATE

A. Effective Date. This Notice is effective on **September 23, 2013**.