



# HỒ SƠ BỆNH NHÂN

Tên \_\_\_\_\_  
Họ \_\_\_\_\_ Tên \_\_\_\_\_ Tên Lót \_\_\_\_\_  
Giới tính:  Nam  Nữ  Có gia đình  Độc thân  \_\_\_\_\_

Địa chỉ \_\_\_\_\_  
Tên Đường \_\_\_\_\_ Thành Phố \_\_\_\_\_ Tiểu Bang \_\_\_\_\_ Số Bưu Chính \_\_\_\_\_

Số Xã Hội # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ngày Sinh \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Địa chỉ E-mail \_\_\_\_\_

Điện thoại nhà \_\_\_\_\_  Không đồng ý cho để lại lời nhắn với thông tin chi tiết

Điện thoại cầm tay \_\_\_\_\_  Không đồng ý cho để lại lời nhắn với thông tin chi tiết

Tên sở làm \_\_\_\_\_ Nghề Nghiệp \_\_\_\_\_

Trong trường hợp khẩn cấp, người chúng tôi thông báo là: \_\_\_\_\_ Điện thoại \_\_\_\_\_

## BẢO HIỂM RĂNG

### Bảo hiểm thứ nhất

Tên Bảo hiểm \_\_\_\_\_ Điện thoại \_\_\_\_\_ Số Group/Policy# \_\_\_\_\_

Tên người đứng bảo hiểm \_\_\_\_\_ Ngày Sinh người đứng bảo hiểm \_\_\_\_\_ Quan Hệ \_\_\_\_\_

Số Xã Hội /ID # \_\_\_\_\_ Tên hãng làm \_\_\_\_\_

### Bảo hiểm thứ hai

Tên Bảo hiểm \_\_\_\_\_ Điện thoại \_\_\_\_\_ Số Group/Policy# \_\_\_\_\_

Tên người đứng bảo hiểm \_\_\_\_\_ Ngày Sinh người đứng bảo hiểm \_\_\_\_\_ Quan Hệ \_\_\_\_\_

Số Xã Hội /ID # \_\_\_\_\_ Tên hãng làm \_\_\_\_\_

Tên bác sĩ trước đây \_\_\_\_\_ Điện thoại \_\_\_\_\_

Tên nha sĩ trước đây \_\_\_\_\_ Điện thoại \_\_\_\_\_

Người chịu trách nhiệm những chi phí nha khoa (Tên) \_\_\_\_\_ Quan Hệ \_\_\_\_\_

Từ đâu Ông/Bà biết về văn phòng chúng tôi? (xin chọn một)

Bạn/Thân Nhân  Bảo hiểm  Internet  Báo  Other \_\_\_\_\_

Nếu được giới thiệu, xin cho chúng tôi biết tên người giới thiệu để cảm ơn: \_\_\_\_\_

## BẢN THỎA HIỆP

- Tôi cho phép phòng mạch nha khoa Pacific Dental Care, PC được quyền kiểm chứng và cung cấp tất cả những tài liệu y khoa và nha khoa có liên hệ đến việc nhận quyền lợi bảo hiểm sức khỏe của tôi.
- Tôi đồng ý thông báo cho Pacific Dental Care, PC về thay đổi địa chỉ, số điện thoại, hay bảo hiểm nha khoa.
- Tôi biết rằng tôi là người hoàn toàn chịu trách nhiệm về thông tin chính xác nhất liên quan tới bảo hiểm nha khoa hoặc y khoa. Đồng thời, tôi cũng chấp nhận trách nhiệm cho bất cứ những khoản tiền chưa trả hoặc không được trả vì sự từ chối của bảo hiểm.
- Tiền khấu trừ (deductible) và tiền phụ trội (co-pay) phòng mạch nha khoa sẽ thu trong ngày làm răng, ngoại trừ có sự thoả thuận trước. Tiền phạt \$50 sẽ được áp dụng cho những bệnh nhân nào ký check không có tiền bảo chứng.
- Tôi được thông báo: Nếu vắng mặt hay hủy bỏ hẹn trong vòng 24 tiếng đồng hồ, **thì tôi phải đóng \$30 hoặc phòng mạch có quyền ngưng phục vụ tôi.**
- Tôi hiểu rằng không phải mọi trị liệu răng sẽ được trả bởi bảo hiểm OHP (Oregon Health Plan). Cho nên, văn phòng sẽ không thực hiện được những trị liệu đó cho những bệnh nhân có bảo hiểm OHP, trừ phi bệnh nhân ký đơn cho phép và sẽ là người chịu trách nhiệm về tài chính.
- Pacific Dental Care, PC sẽ cố gắng liên lạc với quý vị để nhắc hẹn, nhưng trách nhiệm của bệnh nhân là đến đúng hẹn. Nếu quý vị cần đổi giờ hẹn, xin liên lạc với văn phòng 24 tiếng trước cuộc hẹn.
- Văn phòng yêu cầu 2-4 tuần để xử lý tất cả thắc mắc hoặc vấn đề về hồ sơ của bệnh nhân.
- Tôi (bệnh nhân) đã nhận được và hiểu về tờ thông báo nói về quyền tư vấn hồ sơ và bệnh lý của bệnh nhân.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký bệnh nhân / người giám hộ

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Ngày

## TIỂU SỬ NHA KHOA

**Nếu bạn đang có hoặc từng có: (Xin vui lòng chọn CÓ hoặc KHÔNG cho những câu sau đây).**

- Có  Không  Ông/Bà hiện thời có đang bị đau hay khó chịu ở miệng, mặt, hay quai hàm không?  
Cố  Không  Nướu răng của Ông/Bà có bị chảy máu khi đánh răng hoặc chải răng không?  
Cố  Không  Răng của Ông/Bà có nhạy cảm với lạnh, nóng, ngọt, chua hay khi nhai không?  
Cố  Không  Ông/Bà có từng bị thương ở đầu, cổ, hay quai hàm không?  
Cố  Không  Ông/Bà có bao giờ giải phẫu răng/miệng không? Nếu có, xin giải thích. \_\_\_\_\_  
Cố  Không  Ông/Bà có cấy răng để thay thế răng tự nhiên không?  
Cố  Không  Ông/Bà có bao giờ niềng răng không?  
Cố  Không  Ông/Bà có mang thiết bị răng loại lấy ra lấy vô không? (retainer, răng giả)  
Cố  Không  Trước đây Ông/Bà có tai biến trong việc chữa răng không?  
Ngày kiểm tra răng cuối cùng: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Lý do hay thắc mắc cho cuộc hẹn hôm nay: \_\_\_\_\_

## TIỂU SỬ BỆNH LÝ

- Cố  Không  Sức khỏe tổng quát của Ông/Bà có tốt không?  
Cố  Không  Ông/Bà có năm viện vì một bệnh trầm trọng nào hoặc giải phẫu nào không?  
Nếu có, xin giải thích. \_\_\_\_\_  
Cố  Không  Ông/Bà có đang được điều trị bởi bác sĩ y khoa không?  
Nếu có, vì bệnh hay vấn đề gì? \_\_\_\_\_  
Cố  Không  Ông/Bà có đang hoặc từng uống thuốc men trong hai năm qua không?  
Nếu có, xin đánh dấu vào những thuốc đang uống:  

___ Thuốc trợ tim	___ Thuốc Aspirin	___ Thuốc kháng acid (Maalox, Tums)
___ Thuốc cao huyết áp	___ Thuốc an thần	___ Thuốc nhuận trường
___ Thuốc giột kinh phong	___ Thuốc trụ sinh	___ Thuốc Viêm khớp
___ Thuốc tiểu đường (loại chích)	___ Thuốc dị ứng	___ Thuốc bướu cổ
___ Thuốc tiểu đường (loại viên)	___ Thuốc bổ	___ Thuốc Steroids (Prednisone)
___ Thuốc loãng máu	___ Thuốc giảm đau	___ Thuốc loãng xương (Fosamax, Actonel, Bonvia)
___ Thuốc suyễn	___ Thuốc Bệnh tăng nhãn áp	___ Thuốc hỗ trợ sinh lực (Viagra, Cialis, Levitra)
___ Thuốc đau bao tử	___ Thuốc kích thích tố / Ngừa thai	
___ Thuốc giảm đau/Thuốc ngủ	___ Thuốc chống trầm cảm	
___ Những thuốc khác, xin liệt kê: _____		

- Cố  Không  Ông/Bà có hay bị chảy máu không ngừng, hoặc bị bầm không?  
Cố  Không  Ông/Bà có bị dị ứng đối với bất kỳ thuốc hoặc thực phẩm nào không? Nếu có, xin đánh dấu vào dưới:  
 LIDOCAIN  MEPIVACAIN  PENICILLIN  CODEIN  ASPIRIN  SULFA  LATEX  
 Những thuốc hoặc thực phẩm nào khác, xin liệt kê: \_\_\_\_\_  
Cố  Không  Ông/Bà có hay đau thắt ngực hoặc khó thở không?  
Cố  Không  Khớp xương Ông/Bà có bao giờ bị đau hoặc sưng lên không? (Viêm khớp, thấp khớp)  
Cố  Không  Ông/Bà có hút thuốc lá không (nếu có, số lượng)? \_\_\_\_\_ Uống rượu? \_\_\_\_\_  
Cố  Không  Ông/Bà có bao giờ có những bệnh sau đây không? Nếu có, xin đánh dấu vào những bệnh hiện đang có.  

___ Cao huyết áp	___ Bướu cổ	___ Bệnh tiểu đường: _____
___ Bệnh tim, tiếng thổi trong tim	___ Bệnh thận	___ Bệnh hoa liễu (Syphilis, Gonorrhea)
___ Bệnh thấp khớp	___ Dẻ băng huyết	___ Bệnh suyễn
___ Van tim nhân tạo	___ Bệnh tâm thần	___ Viêm gan: _____
___ Khớp xương nhân tạo	___ Bệnh ung thư	___ Giột kinh phong
___ Máy điều hòa nhịp tim nhân tạo	___ Bệnh lao phổi	___ Sida (AIDS, HIV)
___ Thiếu máu	___ Đau bao tử	___ Trị liệu bằng không xạ
___ Ngừng thở khi ngủ	___ Căng thẳng/lo lắng	___ Loãng xương
___ Điều trị ung thư ngực	___ Sức đề kháng yếu	
___ Những bệnh chưa được liệt kê: _____		

(PHỤ NỮ) Đang/hoặc có thể có thai không?  Có  Không Ngày sanh: \_\_\_\_\_ Cho con bú:  Có  Không

\_\_\_\_\_  
Chữ ký Nha Sĩ / Hyg

\_\_\_\_\_  
Ngày