



# BỔ SUNG HỒ SƠ BỆNH NHÂN HÀNG NĂM

Tên \_\_\_\_\_  
Họ \_\_\_\_\_ Tên \_\_\_\_\_ Tên Lót \_\_\_\_\_

Địa chỉ Mới \_\_\_\_\_  
Tên Đường \_\_\_\_\_ Thành Phố \_\_\_\_\_ Tiểu Bang \_\_\_\_\_ ZipCode \_\_\_\_\_

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

Địa chỉ E-mail \_\_\_\_\_

Bảo hiểm thay đổi: Không  Có  (Nếu CÓ xin hoàn thành tài liệu dưới đây)

**BẢO HIỂM: Nếu bảo hiểm có thay đổi xin đưa thẻ bảo hiểm mới hay tài liệu bảo hiểm cho văn phòng.**

Có  Không  Bạn có sự thay đổi nào trong sức khỏe từ lần cuối đến văn phòng không?

Nếu có, xin giải thích: \_\_\_\_\_

Có  Không  Ông/Bà có hút thuốc lá không (nếu có, số lượng)? \_\_\_\_\_ Uống rượu? \_\_\_\_\_

Có  Không  Bạn có đang uống thuốc gì không? Nếu có, xin liệt kê:

Tên Thuốc	Lượng Thuốc	Lý Do
_____	_____	_____

Có  Không  Ông/Bà có bị dị ứng đối với bất kỳ thuốc hoặc thực phẩm nào không? Nếu có, xin đánh dấu vào đây:

- LIDOCAIN  MEPIVACAIN  PENICILLIN  CODEIN  ASPIRIN  SULFA  LATEX  
 Những thuốc hoặc thực phẩm nào khác, xin liệt kê: \_\_\_\_\_

Có  Không  Ông/Bà có bao giờ có những bệnh sau đây không? Nếu có, xin đánh dấu vào những bệnh hiện đang có.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cao huyết áp                        | <input type="checkbox"/> Bướu cổ            | <input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường: _____                          |
| <input type="checkbox"/> Bệnh tim                            | <input type="checkbox"/> Bệnh thận          | <input type="checkbox"/> Bệnh hoa liễu                                   |
| <input type="checkbox"/> Bệnh thấp khớp                      | <input type="checkbox"/> Dễ băng huyết      | (Syphilis, Gonorrhea)  |
| <input type="checkbox"/> Van tim nhân tạo                    | <input type="checkbox"/> Bệnh tâm thần      | <input type="checkbox"/> Bệnh suyễn                                      |
| <input type="checkbox"/> Khớp xương nhân tạo                 | <input type="checkbox"/> Bệnh ung thư       | <input type="checkbox"/> Viêm gan: _____                                 |
| <input type="checkbox"/> Máy điều hòa nhịp tim nhân tạo      | <input type="checkbox"/> Bệnh lao phổi      | <input type="checkbox"/> Giặt kinh phong                                 |
| <input type="checkbox"/> Thiếu máu                           | <input type="checkbox"/> Đau bao tử         | <input type="checkbox"/> Sida (AIDS, HIV)                                |
| <input type="checkbox"/> Ngừng thở khi ngủ                   | <input type="checkbox"/> Căng thẳng/lo lắng | <input type="checkbox"/> Trị liệu bằng phóng xạ                          |
| <input type="checkbox"/> Điều trị ung thư ngực               | <input type="checkbox"/> Sức đề kháng yếu   | <input type="checkbox"/> Loãng xương (Fosamax, Actonel, Bonvia)          |
| <input type="checkbox"/> Thuốc loãng máu (Coumadin/Wafarin)  |   | <input type="checkbox"/> Thuốc hỗ trợ sinh lực (Viagra, Cialis, Levitra) |
| <input type="checkbox"/> Những bệnh chưa được liệt kê: _____ |   |  |

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

- 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.**
- Tiền khấu trừ (deductible) và tiền phụ trội (co-pay) phòng mạch nha khoa sẽ thu tại hẹn làm răng, ngoại trừ có sự thỏa thuận trước. Tiền phạt \$50 sẽ được áp dụng cho những bệnh nhân nào ký ngân phiếu không có tiền bảo chứng.**

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

Chữ ký nha sĩ / Hyg \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_