



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.

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