



HỒ SƠ BỆNH NHÂN

Tên _____
Họ _____ Tên _____ Tên Lót _____
Giới tính: Nam Nữ Ngày Sinh ____/____/____ Số Xã Hội # ____ - ____ - ____

Địa chỉ _____
Tên Đường _____ Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Số Bưu Chính _____

Điện thoại nhà _____ Điện thoại cầm tay _____

** Trong trường hợp chúng tôi không thể liên lạc với gia đình bệnh nhân, xin vui lòng ký tắt vào dưới cho chúng tôi sự đồng ý để lại tin nhắn trên máy trả lời của quý vị về cuộc hẹn của bệnh nhân. (chữ ký tắt) _____*

Trong trường hợp khẩn cấp, người chúng tôi thông báo là:

Tên _____ Quan Hệ _____ Điện thoại _____

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: _____

THÔNG TIN CỦA BA ME/NGƯỜI GIÁM HỘ

Tên Ba/Người Giám Hộ _____ Tên Mẹ/Người Giám Hộ _____
Họ _____ Tên _____ Tên Lót _____ Họ _____ Tên _____ Tên Lót _____

Điện thoại cầm tay _____ Điện thoại cầm tay _____

Địa chỉ E-mail _____ Địa chỉ E-mail _____

** Nếu địa chỉ E-mail được cung cấp, chúng tôi có thể liên lạc với bạn để nhắc về cuộc hẹn/trương mục của bệnh nhân*

Bệnh nhân sống với: _____ Quan Hệ _____
Họ _____ Tên _____ Tên Lót _____

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 _____

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

TIỂU SỬ NHA KHOA

Lý do cho cuộc hẹn hôm nay:

Kiểm tra/khám răng Sâu răng Bị thương miệng Đau răng Răng bị khấp khểnh Thói quen miệng

Lý do khác _____

Lần cuối khám răng và lý do _____ Tên nha sĩ _____

Có gì không hài lòng với những cuộc hẹn nha khoa không? _____

Quý vị cảm nhận sẽ như thế nào cho cuộc hẹn hôm nay:

Thân thiện Vui vẻ Lo lắng Nhút nhát Sợ Không chịu làm răng

Bệnh nhân có bao giờ có những thói quen sau đây:

Mút tay Chấp lưỡi Thở bằng miệng Cắn môi/móng tay

TIÊU SỬ BỆNH LÝ

Tên bác sĩ của bệnh nhân _____ Điện thoại _____

Có Không Bệnh nhân có đang được điều trị bởi bác sĩ y khoa không?

Nếu có, vì bệnh hay vấn đề gì? _____

Có Không Bệnh nhân có nằm viện vì một bệnh trầm trọng nào hoặc giải phẫu nào không?

Nếu có, xin giải thích. _____

Có Không Bệnh nhân có đang hoặc từng uống thuốc men trong hai năm qua không?

Nếu có, xin đánh dấu vào những thuốc đang uống:

Tên Thuốc	Lượng Thuốc	Lý Do
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Có Không Bệnh nhân 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: _____

Bệnh nhân có bao giờ có những bệnh sau đây không? Nếu có, xin đánh dấu vào những bệnh hiện đang có.

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Thiếu máu | <input type="checkbox"/> Bại não | <input type="checkbox"/> Bệnh tim | <input type="checkbox"/> Sinh non |
| <input type="checkbox"/> Suyễn | <input type="checkbox"/> Chứng co gắp | <input type="checkbox"/> Nhịp tim đập không đều | <input type="checkbox"/> khó gây mê |
| <input type="checkbox"/> Tự kỷ | <input type="checkbox"/> Phát triển chậm | <input type="checkbox"/> Bệnh lãn tai | <input type="checkbox"/> chảy máu khó cầm |
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường | <input type="checkbox"/> Viêm gan/bệnh gan | <input type="checkbox"/> Bệnh thấp khớp |
| <input type="checkbox"/> AIDS/HIV | <input type="checkbox"/> Hội chứng Down | <input type="checkbox"/> Bệnh cao/thấp huyết áp | <input type="checkbox"/> Dị ứng theo mùa |
| <input type="checkbox"/> Dị tật bẩm sinh | <input type="checkbox"/> Bệnh động kinh | <input type="checkbox"/> Bệnh thận | <input type="checkbox"/> Bệnh lao |
| <input type="checkbox"/> Máu rối loạn | <input type="checkbox"/> Trở ngại tai, mắt, mũi | <input type="checkbox"/> Bệnh phổi | <input type="checkbox"/> Bệnh tuyến giáp |
| <input type="checkbox"/> Ung thư | <input type="checkbox"/> Bị đày hơi | <input type="checkbox"/> Những bệnh chưa được liệt kê: _____ | |

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 khoẻ 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 ẩn hồ sơ và bệnh lý của bệnh nhân.

Chữ ký Ba Mẹ/Người Giám Hộ

Ngày

Chữ ký Nha Sĩ / Hyg

Ngày