

PATIENT INFORMATION

thông tin bệnh nhân

Chào mừng đến với Smile Craft Family Dentistry. Cảm ơn bạn đã chọn phòng khám của chúng tôi để hỗ trợ bạn về nhu cầu nha khoa của mình. Vui lòng điền thông tin bên dưới và đừng ngần ngại đặt bất kỳ câu hỏi nào.

Patient Name: _____
Tên Họ (Last) Đầu (first) Chữ Đầu Tên Giữa Tên ưa Thích

Ngày Sinh: _____ Giới Tính: ☐ M ☐ F Đã Cưới: ☐ Y ☐ N số xã hội: _____
(Birthday) (Gender) (Marital Status) (Social Security)

Nếu là trẻ vị thành niên, tên của người giám hộ hợp pháp: _____
(If Child/Minor, name of legal guardian)

Mối Quan Hệ Với Bệnh Nhân: _____
(Relation to patient)

Số điện thoại nhà: _____ Số di động: _____ Điện thoại cơ quan: _____
(Home Phone) (Mobile Phone) (Work Phone)

Tên liên lạc khẩn cấp: _____ Số điện thoại liên lạc khẩn cấp : _____
(Emergency Contact Name) (Emergency Contact Phone)

Email Address: _____

Địa Chỉ: _____
Địa Chỉ Nhà (Street) Thành phố(City) Tiểu Bang (State) Mã Bưu Chính(Zip Code)

bảo hiểm nha khoa: _____ (Nếu có) Số ID: _____
(Dental Insurance Company) (Member ID)

*Nếu bạn có bảo hiểm nha khoa, chúng tôi sẽ sẵn lòng giúp bạn tối đa hóa quyền lợi của mình. Bởi vì các chính sách bảo hiểm khác nhau nên các ước tính được cung cấp nhưng không được đảm bảo. Nếu có bất kỳ thay đổi nào về chính sách bảo hiểm của bạn, vui lòng thông báo ngay cho chúng tôi.

*If you have dental coverage, we will gladly help you maximize your benefits. Because insurance policies vary, estimates are provided, but are not guaranteed. If any changes are made to your insurance policy, please inform us right away.

bạn biết đến chúng tôi thế nào?

- ☐ Người (Ai): _____
- ☐ Giới thiệu (Ở đâu): _____
- ☐ trực tuyến/Google
- ☐ Radio
- ☐ Khác (xin mô tả): _____

DENTAL HISTORY

Lý do cho chuyến thăm hôm nay: _____

Cựu nha sĩ: _____

Bạn có hoặc đã từng có những điều sau đây?

(Vui lòng đánh dấu bất kỳ mục nào áp dụng)

- | | |
|--|---|
| ☐ Hơi thở hôi/ Bad breath | ☐ Máu nướu răng/ Bleeding gums |
| ☐ Nhấp hoặc bật hàm/Clicking or popping jaw | ☐ Nghiến răng/ Grinding teeth |
| ☐ Thức ăn giữa các răng/ Food collection between teeth | ☐ Nhạy cảm với đồ ngọt/ Sensitivity To Sweets |
| ☐ Răng lung lay hoặc miếng trám bị vỡ/ Loose teeth or broken fillings | ☐ Độ nhạy khi cắn/ Sensitivity when biting |
| ☐ Điều trị nha chu/ Periodontal treatment | ☐ Vết loét hoặc khối u trong miệng của bạn/ Sores or growths in your mouth |
| ☐ Nhạy cảm với lạnh/ Sensitivity to cold | |
| ☐ Nhạy cảm với nóng/ Sensitivity to hot | |

Bạn chải răng bao lâu một lần?

Bạn dùng chỉ nha khoa bao lâu một lần?

LỊCH SỬ Y TẾ

Tên bác sĩ: _____ Ngày truy cập lần cuối: _____

Bạn đã từng mắc bệnh hoặc phẫu thuật nghiêm trọng nào chưa? ☐ tôi có ☐ không

Nếu có, hãy mô tả: _____

Bạn đã từng được truyền máu chưa? ☐ tôi có ☐ không Nếu có, hãy cho biết ngày tháng gần đúng: _____

Bạn có hút thuốc, vape hoặc sử dụng thuốc lá không? ☐ tôi có ☐ không

Phụ nữ:

Bạn đang mang thai? ☐ vâng ☐ không Nếu có, bao nhiêu tuần? _____

Bạn đang cho con bú? ☐ vâng ☐ không

Bạn đang uống thuốc tránh thai hoặc các hình thức tránh thai khác? ☐ vâng ☐ không

LỊCH SỬ Y TẾ

Bạn có hoặc đã có bất kỳ điều nào sau đây? (Vui lòng đánh dấu bất kỳ mục nào áp dụng)

☐ **Bạn có cần phải dùng thuốc trước khi điều trị nha khoa không?** (Pre-Medication required?)

☐ **Thiếu máu/** Anemia

☐ **Viêm khớp, thấp khớp/**

Arthritis, Rheumatism

☐ **Van tim nhân tạo/** Artificial

Heart Valves

☐ **Khớp nhân tạo/**Artificial Joints

☐ **Hen suyễn/** Asthma

☐ **Bệnh về máu/** Blood Disease

☐ **Ung thư/** Cancer

☐ **Phụ thuộc vào hóa chất**

/Chemical Dependency

☐ **Hóa trị/** Chemotherapy

☐ **Vấn đề về tuần hoàn**

/Circulatory Problems

☐ **Điều trị bằng /** Cortisone

Treatments

☐ **Ho dai dẳng/** Cough, Persistent

☐ **Ho ra máu /**Cough up Blood

☐ **Bệnh tiểu đường /**Diabetes

☐ **Động kinh /**Epilepsy

☐ **Ngất xỉu/**Fainting

☐ **Bệnh tăng nhãn áp/** Glaucoma

☐ Headaches

☐ **Tim có tiếng thổi /**Heart

Murmur

☐ **Vấn đề về tim /**Heart Problems

☐ **Bệnh máu khó đông**

/Hemophilia

☐ **Viêm gan /**Hepatitis

☐ **Huyết áp cao /**High Blood

Pressure

☐ **HIV/AIDS**

☐ **Đau hàm /**Jaw Pain

☐ **Bệnh thận /**Kidney Disease

☐ **Bệnh gan /**Liver Disease

☐ **Hở van hai lá/** Mitral Valve

Prolapse

☐ **Máy tạo nhịp tim /**Pacemaker

☐ **Điều trị bằng bức xạ**

/Radiation Treatment

☐ **Bệnh hô hấp /**Respiratory

Disease

☐ **Sốt thấp khớp /**Rheumatic
Fever

☐ **Sốt đỏ tươi/** Scarlet Fever

☐ **Khó thở /**Shortness of Breath

☐ **Phát ban da /**Skin Rash

☐ **Đột quỵ /**Stroke

☐ **Sưng bàn chân/mắt cá chân**

Swelling of Feet/Ankles

☐ **Các vấn đề về lưng /**Back

Problems

☐ **Vấn đề về tuyến giáp /**Thyroid

Problems

☐ **Thói quen hút thuốc /**Tobacco

Habit

☐ **Viêm amidan /**Tonsillitis

☐ **Bệnh lao /** Tuberculosis

☐ **Loét /**Ulcer

☐ **Bệnh hoa liễu /**Venereal

Disease

☐ Không có điều nào ở trên/ None of the above

☐ Khác: _____

Bằng việc ký tên bên dưới, tôi đồng ý rằng thông tin trên là đầy đủ và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm thông báo cho bác sĩ nếu tôi hoặc con nhỏ của tôi có thay đổi về sức khỏe vào bất kỳ thời điểm nào.

Chữ ký của Bệnh nhân, Phụ huynh, Người giám hộ hoặc Đại diện Cá nhân

Ngày

Tên in hoa của Bệnh nhân, Phụ huynh, Người giám hộ hoặc Đại diện Cá nhân

Mối quan hệ với bệnh nhân

THUỐC

Liệt kê tất cả các loại thuốc bạn đang dùng:

Tên nhà thuốc (Pharmacy) : _____

Số Tên nhà thuốc: _____

DỊ ỨNG

- | | |
|---|---|
| ☐ Aspirin | ☐ Amoxicillin/Penicillin |
| ☐ Barbiturates(sleeping pills) | ☐ Sulfa |
| ☐ Codeine | ☐ Latex |
| ☐ Local Anesthetic | ☐ Other: _____ |

☐ KHÔNG CÓ DỊ ỨNG/ NO KNOWN ALLERGIES

Bằng việc ký tên bên dưới, tôi đồng ý rằng thông tin trên là đầy đủ và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm thông báo cho bác sĩ nếu tôi hoặc con nhỏ của tôi có thay đổi về sức khỏe vào bất kỳ thời điểm nào.

Chữ ký của Bệnh nhân, Phụ huynh, Người giám hộ hoặc Đại diện Cá nhân

Ngày

Tên in hoa của Bệnh nhân, Phụ huynh, Người giám hộ hoặc Đại diện Cá nhân

Mối quan hệ với bệnh nhân

Mẫu đăng ký bệnh nhân

Bạn cũng có thể được yêu cầu ký vào các biểu mẫu này bằng điện tử. Cảm ơn.

THỎA THUẬN TÀI CHÍNH:

- * Để thuận tiện cho tôi, văn phòng này có thể tiết lộ thông tin của tôi cho công ty bảo hiểm của tôi và nhận thanh toán trực tiếp từ họ. Nếu bảo hiểm không thanh toán cho việc điều trị được thực hiện, tôi phải thanh toán phần còn lại.
- * Tôi hiểu rằng nếu tôi bắt đầu điều trị chính liên quan đến xét nghiệm, tôi sẽ chịu trách nhiệm thanh toán phí vào thời điểm đó.
- * Nếu được gửi đi thu nợ, tôi đồng ý thanh toán mọi khoản phí liên quan và án phí.
- * Sẽ cố gắng hết sức để hỗ trợ tôi về vấn đề bảo hiểm nhưng nếu họ không chi trả như mong đợi thì tôi vẫn phải chịu trách nhiệm chi trả.
- * Tôi đồng ý thanh toán phí tài chính 1,5% mỗi tháng (18% APR) cho bất kỳ số dư nào quá hạn 90 ngày.
- * Tôi sẽ đặt cọc cho những cuộc hẹn bị hủy mà không báo trước 24h. (Vui lòng xem Chính sách hủy cuộc hẹn và vắng mặt ở trang tiếp theo)
- * Kế hoạch điều trị có thể thay đổi và tôi sẽ chịu trách nhiệm về công việc đã thực hiện.

Bệnh Nhân/Cha Mẹ/Người Giám Hộ Tên Viết Tắt: _____ Ngày Tháng: _____

QUYỀN RIÊNG TƯ của HIPAA:

Tôi hiểu rằng tôi cho phép Nha khoa Gia đình Smile Craft sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI) của tôi để thực hiện các hoạt động điều trị, thanh toán và hoạt động chăm sóc sức khỏe. Tôi cũng hiểu rằng tôi có quyền thu hồi sự cho phép. Một bản sao của Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư có thể được cung cấp theo yêu cầu.

Bệnh Nhân/Cha Mẹ/Người Giám Hộ Tên Viết Tắt: _____ Ngày Tháng: _____

LỊCH SỬ Y TẾ:

Tôi đồng ý rằng tất cả thông tin tôi đã cung cấp về lịch sử y tế của tôi trên biểu mẫu 'Thông tin bệnh nhân' là chính xác và đúng theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi cũng đã xác nhận/từ chối bất kỳ loại thuốc nào đang được sử dụng, bất kỳ bệnh dị ứng nào và/hoặc bất kỳ vấn đề/tình trạng y tế nào.

Bệnh Nhân/Cha Mẹ/Người Giám Hộ Tên Viết Tắt: _____ Ngày Tháng: _____

Chính sách hủy cuộc hẹn và không đến

Chúng tôi hiểu rằng các trường hợp khẩn cấp có thể xảy ra, nhưng khi một bệnh nhân không đến hoặc hủy mà không thông báo trước ít nhất 24 giờ, chúng tôi không thể cung cấp thời gian đó cho một bệnh nhân khác đang cần. Thông báo trước cho phép chúng tôi quản lý lịch trình hiệu quả và duy trì hoạt động phòng khám hiệu quả, điều này đặc biệt quan trọng đối với các quy trình về sức khỏe và an toàn. Vì chúng tôi cung cấp các phương pháp điều trị một kèm một, nên việc bỏ lỡ các cuộc hẹn sẽ gây ra sự bất tiện đáng kể cho nha sĩ của bạn, phòng khám của chúng tôi và các bệnh nhân khác.

Chúng tôi đánh giá cao sự hiểu biết và đồng ý của bạn với chính sách sau:

Yêu cầu xác nhận cuộc hẹn

Để đảm bảo cuộc hẹn của bạn, bạn phải xác nhận ít nhất 24 giờ trước vào ngày làm việc trước thời gian đã lên lịch. Nếu cuộc hẹn của bạn không được xác nhận, nó có thể được chỉ định lại cho bệnh nhân khác. Vui lòng liên hệ với văn phòng của chúng tôi qua điện thoại, tin nhắn hoặc email để xác nhận kịp thời.

Chính sách hủy

- Phải hủy ít nhất 24 giờ (hoặc một ngày làm việc) trước cuộc hẹn.
- Đối với các cuộc hẹn vào thứ Hai và thứ Bảy, bạn phải hủy trước 3:00 chiều thứ Năm vì văn phòng của chúng tôi đóng cửa vào thứ Sáu.
- Cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ vị thành niên không hủy lịch hẹn với thông báo hợp lệ sẽ phải chịu trách nhiệm về các cuộc hẹn bị lỡ.

Định nghĩa về "Không đến" "Không đến" được định nghĩa là:

- Không tham dự cuộc hẹn đã lên lịch.
- Hủy cuộc hẹn với thời gian thông báo ít hơn 24 giờ.
- Đến muộn hơn 15 phút.

Bằng cách ký tên bên dưới, tôi xác nhận rằng tôi hiểu và đồng ý với các chính sách được nêu trong tài liệu này.

Chữ ký của Bệnh nhân, Phụ huynh, Người giám hộ hoặc Đại diện Cá nhân

Ngày

Tên in hoa của Bệnh nhân, Phụ huynh, Người giám hộ hoặc Đại diện Cá nhân

Mối quan hệ với bệnh nhân

Chính sách hủy cuộc hẹn và không đến

Bệnh nhân mới và thành lập:

Chúng tôi sẽ gửi cuộc gọi điện thoại nhắc nhở và tin nhắn văn bản ít nhất 24 giờ trước cuộc hẹn của bạn. Nếu bệnh nhân mới không đến hoặc hủy cuộc hẹn ban đầu với thông báo trước ít hơn 24 giờ, bạn sẽ phải đặt cọc 35 đô la trước khi lên lịch lại. Khoản đặt cọc này có thể được áp dụng cho khoản đồng thanh toán hoặc được hoàn lại tại cuộc hẹn được lên lịch lại.

Để đảm bảo bạn nhận được các thông tin cập nhật quan trọng, vui lòng cung cấp cho nhân viên của chúng tôi thông tin liên lạc chính xác nhất của bạn, bao gồm số điện thoại và địa chỉ nhà riêng. Việc tiết lộ thông tin cá nhân của bạn là tùy ý bạn.

Chính sách không xuất hiện "Hai lần vi phạm"

- Nếu bạn không đến cuộc hẹn đã lên lịch mà không thông báo trước ít nhất 24 giờ, bạn sẽ phải đặt cọc 35 đô la để đảm bảo cuộc hẹn tiếp theo của mình. Khoản đặt cọc này sẽ được hoàn lại khi bạn đến cuộc hẹn đã lên lịch lại. Xin lưu ý rằng các khoản đặt cọc theo chính sách này không phải do các công ty bảo hiểm chi trả.
- Nếu bạn không đến lần thứ hai, chúng tôi rất tiếc phải thông báo rằng chúng tôi sẽ không thể sắp xếp các cuộc hẹn trong tương lai cho bạn nữa và bạn sẽ bị đuổi khỏi phòng khám. Bạn sẽ cần tìm một nhà sĩ mới để chăm sóc cho mình.

Sự lịch sự và tôn trọng người khác:

Thời gian hẹn của bạn được dành riêng cho bạn. Nếu bạn không thể đến, vui lòng thông báo cho chúng tôi sớm nhất có thể để chúng tôi có thể dành thời gian cho bệnh nhân khác. Việc lỡ hẹn không chỉ khiến những người khác không nhận được sự chăm sóc cần thiết mà còn ảnh hưởng đến hiệu quả hoạt động của chúng tôi.

Chúng tôi đánh giá cao sự hiểu biết và hợp tác của bạn trong việc duy trì một hệ thống lập lịch công bằng và hiệu quả. Nếu bạn có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ với văn phòng của chúng tôi.

Bằng cách ký tên bên dưới, tôi xác nhận rằng tôi hiểu và đồng ý với các chính sách được nêu trong tài liệu này.

Chữ ký của Bệnh nhân, Phụ huynh, Người giám hộ hoặc Đại diện Cá nhân

Ngày

Tên in hoa của Bệnh nhân, Phụ huynh, Người giám hộ hoặc Đại diện Cá nhân

Mối quan hệ với bệnh nhân

Mẫu đăng ký bệnh nhân

Bạn cũng có thể được yêu cầu ký vào các biểu mẫu này bằng điện tử. Cảm ơn

Bệnh nhân mới và thành lập:

Chúng tôi sẽ gửi cho bạn một cuộc gọi điện thoại và tin nhắn nhắc nhở trong vòng ít nhất 24 tiếng kể từ cuộc hẹn đã lên lịch của bạn. Những bệnh nhân mới không thực hiện hoặc hủy các cuộc hẹn ban đầu với thông báo trước cuộc hẹn ít hơn 24 tiếng sẽ phải trả khoản đặt cọc \$35 trước khi lên lịch một cuộc hẹn khác. Khoản đặt cọc \$35 có thể được áp dụng cho khoản đồng thanh toán hoặc được trả lại vào cuộc hẹn đã được lên lịch lại. **Đối với các cuộc hẹn vào sáng Thứ Hai và chiều Thứ Hai, việc hủy hoặc dời lịch phải được thực hiện trước 3:00 giờ chiều của Thứ Sáu trước đó.** Phụ huynh sắp xếp lịch hoặc người giám hộ hợp pháp sắp xếp lịch của trẻ vị thành niên không thực hiện hoặc hủy các cuộc hẹn với thông báo trước ít hơn 24 tiếng sẽ phải chịu trách nhiệm về các cuộc hẹn bị bỏ lỡ.

Bệnh Nhân/Cha Mẹ/Người Giám Hộ Tên Viết Tắt: _____ **Ngày Tháng:** _____

Đối với các cuộc hẹn vào sáng Thứ Hai, nếu bạn không xác nhận cuộc hẹn của mình qua cuộc gọi hoặc tin nhắn trước 3 giờ chiều vào Thứ Sáu trước đó, cuộc hẹn của bạn sẽ bị coi là bị hủy và bạn sẽ phải lên lịch lại. Hãy chắc chắn rằng bạn xác nhận cuộc hẹn của bạn.

Bệnh Nhân/Cha Mẹ/Người Giám Hộ Tên Viết Tắt: _____ **Ngày Tháng:** _____

Deposits:

Các khoản đặt cọc do Smile Craft Family Dentistry tính liên quan đến hợp đồng này sẽ không được các công ty bảo hiểm thanh toán. Tất cả các khoản đặt cọc phải được thanh toán trước khi bạn lên lịch cho một cuộc hẹn khác.

Bệnh Nhân/Cha Mẹ/Người Giám Hộ Tên Viết Tắt: _____ **Ngày Tháng:** _____

X _____
Tên in hoa của Bệnh nhân, Phụ huynh, Người giám hộ hoặc Đại diện Cá nhân Mối quan hệ với bệnh nh