

PATIENT INFORMATION

thông tin bệnh nhân

Welcome to Smile Craft Family Dentistry. Thank you for choosing our office to assist you with your dental needs. Please fill out the information below, and don't hesitate to ask any questions.

chào mừng bạn đến Smile Craft Family Dentistry. Cảm ơn bạn đã chọn văn phòng của chúng tôi để giúp bạn với nhu cầu nha khoa của bạn. Vui lòng điền thông tin bên dưới và cho chúng tôi biết nếu bạn có bất kỳ câu hỏi nào.

Tên: _____ Tên lót _____ Họ _____

Birthdate (Ngày sanh): _____ Gender: M (Nam giới) F (phụ nữ) Married(kết hôn): Y N

SSN (số an sinh xã hội): _____

If minor, name of legal guardian: _____ Relationship to Patient: _____

Nếu dưới 18 tuổi, tên của người giám hộ hợp pháp: _____ Mối quan hệ với bệnh nhân: _____

Home Phone: _____ Mobile Phone: _____ Work Phone: _____

điện thoại nhà: _____ điện thoại cầm tay _____ điện thoại công việc _____

Email Address: _____ Emergency Contact Name: _____

địa chỉ email: _____ Tên của người liên lạc khẩn cấp _____

Home Address: _____ Emergency Contact Phone: _____

địa chỉ nhà _____ số điện thoại liên lạc khẩn cấp _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

thành phố _____ tiểu bang _____ mã bưu điện _____

Dental Insurance Company: _____ ID Number: _____

Tên công ty bảo hiểm nha khoa _____ mã số _____

How did you hear about us? (If someone referred you here, please write down their name so we can thank them & add their \$50 Referral Credit to their account & to yours as well.)

Bạn đã nghe về Smile Craft như thế nào? Nếu ai đó giới thiệu bạn ở đây, xin vui lòng viết tên của họ để chúng tôi có thể cảm ơn họ

DENTAL HISTORY

Lý do đến văn phòng: _____

Do you have, or have you had any of the following?
(Please check any that apply)

vui lòng cho biết bất cứ điều gì bạn đã có

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bad breath (hôi miệng) | <input type="checkbox"/> Grinding teeth | <input type="checkbox"/> Sensitivity to hot |
| <input type="checkbox"/> Bleeding gums (chảy máu nướu răng) | <input type="checkbox"/> Loose teeth or broken fillings | <input type="checkbox"/> Sensitivity to sweats |
| <input type="checkbox"/> Clicking or popping jaw | <input type="checkbox"/> Periodontal treatment | <input type="checkbox"/> Sensitivity when biting |
| <input type="checkbox"/> Food collection between teeth (| <input type="checkbox"/> Sensitivity to cold | <input type="checkbox"/> Sores or growths in your mouth |

How often do you brush?
bạn đánh răng bao nhiêu lần một ngày

How often do you floss?

bạn xỉa răng bao nhiêu lần một ngày

SEE OTHER SIDE

MEDICAL HISTORY

Physician's Name: _____ Date of Last Visit: _____

tên của bác sĩ gia đình: _____ ngày thăm khám lần cuối

Have you had any serious illnesses or operations? _____ If yes, describe: _____

Bạn đã bao giờ có bất kỳ bệnh nghiêm trọng hoặc hoạt động

Have you ever had a blood transfusion? Yes No If yes, give approximate dates: _____

Do you smoke, vape, or use tobacco? Yes No

bạn có hút thuốc hay sử dụng thuốc lá không?

Women (đàn bà):

Are you pregnant (có thai)? Yes No If yes, how many weeks (nếu có, bao nhiêu tuần)? _____

Are you nursing? Yes No
Taking birth control pills? Yes No

Do you have, or have you had any of the following?
(Please check any that apply)

- Are you required to pre-medicate before any dental treatment?
- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Cortisone Treatments | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Scarlet Fever |
| <input type="checkbox"/> Arthritis, Rheumatism | <input type="checkbox"/> Cough, Persistent | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> Shortness of Breath |
| <input type="checkbox"/> Artificial Heart Valves | <input type="checkbox"/> Cough up Blood | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Skin Rash |
| <input type="checkbox"/> Artificial Joints | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Jaw Pain | <input type="checkbox"/> Stroke |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Epilepsy | <input type="checkbox"/> Kidney Disease | <input type="checkbox"/> Swelling of Feet/Ankles |
| <input type="checkbox"/> Back Problems | <input type="checkbox"/> Fainting | <input type="checkbox"/> Liver Disease | <input type="checkbox"/> Thyroid Problems |
| <input type="checkbox"/> Blood Disease | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Mitral Valve Prolapse | <input type="checkbox"/> Tobacco Habit |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Headaches | <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Tonsillitis |
| <input type="checkbox"/> Chemical Dependency | <input type="checkbox"/> Heart Murmur | <input type="checkbox"/> Radiation Treatment | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Chemotherapy | <input type="checkbox"/> Heart Problems | <input type="checkbox"/> Respiratory Disease | <input type="checkbox"/> Ulcer |
| <input type="checkbox"/> Circulatory Problems | <input type="checkbox"/> Hemophilia | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever | <input type="checkbox"/> Venereal Disease |

MEDICATIONS (thuốc)

List any medications you are currently taking:
liệt kê bất kỳ loại thuốc bạn đang dùng

NONE

không có cái nào ở trên

Pharmacy Name (tiệm thuốc tây): _____ số điện thoại

ALLERGIES (dị ứng)

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirin | <input type="checkbox"/> Penicillin |
| <input type="checkbox"/> Barbiturates (sleeping pills) | <input type="checkbox"/> Sulfa |
| <input type="checkbox"/> Codeine | <input type="checkbox"/> Latex |
| <input type="checkbox"/> Local Anesthetic | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

To the best of my knowledge, the above information is complete and correct. I understand that it is my responsibility to inform my doctor if I, or my minor child, ever have a change in he
theo hiểu biết tốt nhất của tôi, các thông tin trên là đầy đủ và chính xác. Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm phải
thông báo cho bác sĩ nếu tôi hoặc con nhỏ của tôi thay đổi sức khỏe alth.

Signature of Patient, Parent, Guardian or Personal Representative
Ký tên của bệnh nhân, cha mẹ, người giám hộ hoặc đại diện cá nhân

Date (ngày tháng)

Print name of Patient, Parent, Guardian or Personal Representative
Viết tên của bệnh nhân, cha mẹ, người giám hộ hoặc đại diện cá nhân

Relationship to Patient
mối quan hệ với bệnh nhân

Patient Registration Forms

FINANCIAL AGREEMENT:

* For my convenience, this office may release my information to my insurance company, and receive payment directly from them. If insurance does not pay for treatment done, you are required to pay the balance off.

để thuận tiện cho bệnh nhân, văn phòng Smile Craft có thể tiết lộ thông tin của bệnh nhân cho công ty bảo hiểm của họ, và nhận thanh toán trực tiếp từ công ty bảo hiểm của họ. Nếu bảo hiểm không chi trả cho điều trị, bệnh nhân có trách nhiệm trả số tiền còn lại

* I understand that if I begin major treatment that involves lab work, I will be responsible for the fee at that time.

bệnh nhân hiểu rằng nếu bệnh nhân bắt đầu điều trị mạnh có liên quan đến làm việc trong phòng thí nghiệm, bệnh nhân sẽ chịu trách nhiệm về phí tại thời điểm đó

* If sent to collections, I agree to pay all related fees and court costs.

nếu gửi đến cơ quan đòi nợ, bệnh nhân đồng ý trả tất cả các chi phí liên quan và chi phí tòa án

* Every effort will be made to help me with my insurance, but if they do not pay as expected, I will still be responsible.

mọi nỗ lực sẽ được thực hiện để giúp bệnh nhân với bảo hiểm của họ, nếu bảo hiểm không trả như mong đợi, bệnh nhân vẫn sẽ chịu trách nhiệm

* There will be a \$25 late fee for each late payment on a payment plan.

sẽ có khoản phí \$25 cho mỗi khoản thanh toán trễ cho kế hoạch chi tiêu

* I agree to pay finance charges of 1.5% per month (18% APR) on any balance 90 days past due.

bệnh nhân đồng ý trả chi phí tài chính 1.5% mỗi tháng (18% APR) cho bất kỳ số dư còn lại 90 ngày sau ngày đáo hạn.

* I will pay a fee for appointments broken without 24 hours notice.

bệnh nhân sẽ trả một khoản phí cho hủy cuộc hẹn không có thông báo trước 24 tiếng

* Treatment plans may change, and I will be responsible for the work done.

kế hoạch điều trị có thể thay đổi, bệnh nhân sẽ chịu trách nhiệm điều trị hoàn thành

PATIENT INITIALS (chữ cai đầu): _____

HIPAA PRIVACY:

I understand that I am giving my permission to your use and disclosure of my protected health information in order to carry out treatment, payment activities, and healthcare operations. I also understand that I have the right to revoke permission. A copy of the Notice of Privacy Practices are by request.

bệnh nhân hiểu rằng họ cho phép sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của họ để thực hiện điều trị, hoạt động thanh toán, và hoạt động chăm sóc sức khỏe. Bệnh nhân cũng hiểu rằng họ có quyền thu hồi sự cho phép của họ. Smile Craft có thể cung cấp một bản sao của Notice of Privacy Practices nếu yêu cầu.

PATIENT INITIALS (chữ cai đầu): _____

MEDICAL HISTORY:

Confirms what you marked on the medical history on the 'Patient Information' form is accurate and correct to the best of your knowledge. Confirms/denies any medications being taken, any allergies, and/or any medical issues/conditions.

xác nhận những gì bệnh nhân đã viết trên hồ sơ bệnh án là chính xác kiến thức tốt nhất của bệnh nhân. Xác nhận/ phủ nhận bất kỳ loại thuốc đang được sử dụng, bất kỳ dị ứng, và/ hoặc là bất kỳ vấn đề y tế.

PATIENT INITIALS (chữ cai đầu): _____