

CARROLLTON

DENTAL STUDIO

Lý do đến khám? Kiểm tra [] Làm sạch răng [] Đau răng [] Khác _____

Tên bệnh nhân: _____ Ngày sinh: _____
Điện thoại di động: _____ Giới tính: Nam [] Nữ [] Khác []
Địa chỉ: _____
E-mail: _____ Ngôn ngữ chính: _____

NGHỀ NGHIỆP: _____ LIÊN LẠC KHẨN CẤP: _____
Công ty: _____ Mối quan hệ: _____
Social Security #: _____ Điện thoại: _____

BẢO HIỂM NHA KHOA

Công ty bảo hiểm: _____ Số điện thoại công ty: _____
Tên subscriber: _____ Ngày sinh: _____
Công ty đang làm: _____ Social Security #: _____
Member ID: _____ Địa chỉ: _____

NHÀ THUỐC

Tên nhà thuốc: _____ Điện thoại: _____
Địa chỉ: _____

Liệt kê bất kỳ ca phẫu thuật hoặc nhập viện nào bạn đã từng trải qua và ngày tháng:

Liệt kê bất kỳ dị ứng nào (penicillin, các loại gây tê hoặc bất kỳ loại thuốc):

Bạn có đang sử dụng bất kỳ loại thuốc nào không? Nếu có, vui lòng liệt kê:

LỊCH SỬ NHA KHOA

Lần cuối đến nha sĩ ? _____
Lần cuối chụp x-rays? _____
Lần cuối được làm sạch răng là khi nào? _____
Có bị viêm nướu hoặc bệnh nha chu không? ____
Nướu có chảy máu dễ dàng không? _____
Có cảm thấy có hơi thở hôi không? _____
Khó khăn khi sử dụng chỉ nha khoa? _____
Có nhạy cảm với nhiệt độ nóng/lạnh không? ____
Có nghiến răng hoặc có triệu chứng gần tai như
tiếng kêu, đau hoặc bị khóa miệng khi mở
không? _____
Có đánh răng đều đặn không? _____
Có hút thuốc không? Nếu có, thường xuyên và
đã hút trong bao lâu? _____

LỊCH SỬ Y TẾ

Vui lòng đánh dấu bất kỳ tình trạng nào bạn đang
hoặc đã từng gặp trong quá khứ:

- ☐ Bệnh tim mạch
- ☐ Huyết áp cao
- ☐ Tiểu đường
- ☐ Hen suyễn
- ☐ Viêm khớp
- ☐ Động kinh
- ☐ Vấn đề về tuyến giáp
- ☐ Viêm gan
- ☐ Truyền máu
- ☐ Hóa trị
- ☐ Vấn đề về thận
- ☐ Bệnh gan
- ☐ Vấn đề về xoang
- ☐ Đột quỵ
- ☐ Ung thư

Có bất kỳ vấn đề sức khỏe nào khác không? Vui
lòng ghi rõ: _____

1. Tôi xác nhận rằng thông tin được cung cấp là chính xác. Tôi chịu trách nhiệm tài chính cho các khoản phí không được bảo hiểm thanh toán hoặc chưa thanh toán vì bất kỳ lý do nào.
2. Bằng việc ký dưới đây, tôi ủy quyền cho văn phòng có thể xác minh và trao đổi thông tin về tôi từ các cơ quan báo cáo tín dụng. Tôi ủy quyền thanh toán trực tiếp cho nha sĩ các khoản lợi ích bảo hiểm nhóm khác nếu có. Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm tài chính cho bất kỳ khoản phí nào không được bảo hiểm này thanh toán. Tôi ủy quyền tiết lộ bất kỳ thông tin nào liên quan đến bất kỳ yêu cầu bảo hiểm nha khoa nào.
3. Tôi hiểu rằng văn phòng thuộc sở hữu và điều hành bởi một nha sĩ độc lập. Tôi công nhận rằng mỗi nha sĩ cá nhân chịu trách nhiệm về việc chăm sóc nha khoa được cung cấp cho tôi và không có nha sĩ hoặc thực thể doanh nghiệp khác nào chịu trách nhiệm về điều trị nha khoa của tôi.
4. Bằng việc ký dưới đây, tôi ủy quyền cho bạn có thể gửi email và tin nhắn nhắc lịch hẹn, tài liệu tiếp thị và cập nhật tài khoản cho tôi, bao gồm các báo cáo hóa đơn điện tử.

Chữ ký: _____ Ngày: _____