

NORCROSS DENTAL CENTER

Mẫu Tiền Sử Bệnh & Thông Tin Bệnh Nhân

5430 Jimmy Carter Blvd, Suite #125, Norcross, GA 30093 | (770) 441-7900

1. THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Họ và tên: _____

Ngày sinh: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố/Bang/ZIP: _____

Điện thoại: _____

Email: _____

Người liên hệ khẩn cấp: _____

Quan hệ / Điện thoại: _____

2. TIỀN SỬ BỆNH - Vui lòng đánh dấu tất cả các mục phù hợp

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| ☐ Cao huyết áp | ☐ Bệnh tim / Nhồi máu cơ tim | ☐ Tiểu đường |
| ☐ Hen suyễn / Vấn đề hô hấp | ☐ Đột quỵ | ☐ Ung thư |
| ☐ Bệnh thận | ☐ Bệnh gan / Viêm gan | ☐ HIV / AIDS |
| ☐ Động kinh / Co giật | ☐ Vấn đề tuyến giáp | ☐ Viêm khớp |
| ☐ Vấn đề chảy máu | ☐ Khớp nhân tạo / Implant | ☐ Máy tạo nhịp |
| ☐ Chăm sóc tâm thần / Lo âu | ☐ Ngưng thở khi ngủ | ☐ Khác: _____ |

Các vấn đề y tế khác: _____

3. THUỐC MEN & DỊ ỨNG

Thuốc đang dùng (ghi liều nếu biết):

Dị ứng (thuốc, latex, kim loại, thực phẩm, v.v.):

4. TIỀN SỬ NHA KHOA

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Răng nhạy cảm | ☐ Nướu chảy máu | ☐ Răng lung lay |
| ☐ Đau hàm / TMJ | ☐ Kêu/lách cách hàm | ☐ Nghiến / siết răng |
| ☐ Đã điều trị tủy | ☐ Đã nhổ răng | ☐ Hàm giả / Bán hàm |
| ☐ Chỉnh nha (niềng) | ☐ Khó nhai | ☐ Hôi miệng |

Lý do đến khám hôm nay: _____

Lần khám / làm sạch gần nhất: _____ X-quang gần nhất: _____

5. SỰ ĐỒNG Ý & XÁC NHẬN

Tôi xác nhận rằng thông tin cung cấp là chính xác và đầy đủ theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng việc cung cấp thông tin không chính xác có thể ảnh hưởng đến việc điều trị. Tôi đồng ý với việc khám và điều trị theo khuyến nghị của nha sĩ. Tôi ủy quyền việc tiết lộ thông tin y tế/nha khoa cần thiết cho công ty bảo hiểm hoặc các nhà cung cấp khác liên quan đến việc chăm sóc của tôi.

Chữ ký Bệnh nhân / Người giám hộ: _____ Ngày: _____

Họ tên in hoa: _____

