



PATIENT INFO 患者信息

今天的日期: _____

姓名: _____ 出生日期: _____ 男 M 女 F
姓 Last 名 First 中 (缩写) MI 首选名称 Preferred

住家地址: _____
街 市 州 编码

学校: _____ 学校城市: _____ 成绩: _____

MEDICAL HISTORY 病史

医师: _____ 电话: _____ 上次诊看日期: _____

患者现在在看医生吗 (non-routine care)? _____

请列出所使用的药物 (medication): _____

请列出所有的过敏物 (allergies): _____

请列出所有的住院治疗(何时和原因) [hospitalizations]: _____

请勾选下列所有适用的情况(若没有, 请在最后一栏中选“没有”)。

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abnormal Bleeding 异常出血 | <input type="checkbox"/> Down Syndrome 唐氏综合症 | <input type="checkbox"/> Premature Birth 早产 |
| <input type="checkbox"/> AIDS / HIV+ 艾滋病 | <input type="checkbox"/> Drug / Alcohol Abuse 药物/酒精滥用 | <input type="checkbox"/> Mental Disability 精神疾病 |
| <input type="checkbox"/> ADD / ADHD 注意力缺乏多动障碍 | <input type="checkbox"/> Eating Disorder 进食障碍 | <input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy 肌营养不良症 |
| <input type="checkbox"/> Anemia 贫血 | <input type="checkbox"/> Eczema 湿疹 | <input type="checkbox"/> Orthopedic Disorder 骨科疾病 |
| <input type="checkbox"/> Arthritis 关节炎 | <input type="checkbox"/> Emphysema 肺气肿 | <input type="checkbox"/> Pacemaker 心脏起搏器 |
| <input type="checkbox"/> Asthma / Breathing Problems 哮喘 / 呼吸困难 | <input type="checkbox"/> Epilepsy / Seizures 癫痫 / 缇获 | <input type="checkbox"/> Pregnancy 怀孕 |
| <input type="checkbox"/> Autism 自闭症 | <input type="checkbox"/> Gastrointestinal Disorder 胃肠道疾病 | <input type="checkbox"/> Psychiatric Condition 精神病 |
| <input type="checkbox"/> Birth Defects 出生缺陷 | <input type="checkbox"/> Hay Fever 花粉症 | <input type="checkbox"/> Respiratory Disease 呼吸系统疾病 |
| <input type="checkbox"/> Bladder Problems 膀胱问题 | <input type="checkbox"/> Hearing Impaired / Deaf 听力障碍/聋人 | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever 风湿热 |
| <input type="checkbox"/> Blood Transfusions 输血 | <input type="checkbox"/> Heart Disease 心脏病 | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease 镰状细胞疾病 |
| <input type="checkbox"/> Brain / Spinal Injury 脑/脊髓损伤 | <input type="checkbox"/> Heart Murmur 心杂音 | <input type="checkbox"/> Speech Problems 语言问题 |
| <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy 脑瘫 | <input type="checkbox"/> Hepatitis 肝炎 A / B / C | <input type="checkbox"/> Spina Bifida 脊柱裂 |
| <input type="checkbox"/> Cleft Lip / Palate 唇裂/腭裂 | <input type="checkbox"/> Herpes / Fever Blisters 疱疹 / 热水泡 | <input type="checkbox"/> Thyroid Disease 甲状腺疾病 |
| <input type="checkbox"/> Craniofacial Condition 颅面疾病 | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure 高血压 | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) 肺结核 |
| <input type="checkbox"/> Cancer / Tumor 癌症 / 瘤 | <input type="checkbox"/> Infective Endocarditis 感染性心内膜炎 | <input type="checkbox"/> Vision Impairment / Blind 视力障碍/盲目 |
| <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis 囊性纤维化 | <input type="checkbox"/> Kidney Disease 肾脏疾病 | <input type="checkbox"/> NONE 没有 |
| <input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿病 | <input type="checkbox"/> Liver Disease 肝病 | <input type="checkbox"/> 其他: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Low Blood Pressure 低血压 | |

我们还应该知道有关您孩童的其他事项吗 (诸如 ; 一些情绪和行为上的情况等)?

DENTAL HISTORY 牙科病史

患者第一次看牙医 (first visit): Yes 是 No 不是 若不是, 以前的经验好吗 (good experience)? Yes 好 No 不好

此前的牙医: _____ 上次看诊日期: _____ 上次X光日期: _____

请检查所有适用的口腔习惯。 患者目前牙齿痛吗 (pain)? Yes 痛 No 不痛

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Jaw Clenching 牙关紧闭 | <input type="checkbox"/> Nursing / Bottle 哺乳/ 奶瓶 | <input type="checkbox"/> Nail Biting 啃咬指甲 | <input type="checkbox"/> Other 其他: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tongue Thrusting 舌外吐 | <input type="checkbox"/> Mouth Breathing 嘴巴呼吸 | <input type="checkbox"/> Pacifier Use 奶嘴 | <input type="checkbox"/> Thumb / Finger Sucking 吮指 |
| <input type="checkbox"/> Teeth Grinding 磨牙 | <input type="checkbox"/> Lip / Cheek Biting 咬唇/咬颊 | | |

患者刷牙次数 (brush): 每天一次 (1x) 每天两次 (2x) 其他: _____ 自己刷 (self) 成人帮助 (adult)

患者使用牙线次数 (floss): 没有用 (0x) 每天一次 (1x) 其他: _____ 自己用 (self) 成人帮助 (adult)

患者是否使用任何氟化物: 牙膏 Toothpaste 药片 Tablets 漱口水 Mouthrinse 水 Water 点滴 Drops



患者姓名: 姓 Last 名 First 出生日期: 今天的日期:

SIGNATURE 签名

我已尽我所知, 回答上述有关我孩童的信息、病史、牙科病史。我明白, 若提供不正确的信息, 可能对我的孩童有危险。若患者有任何身体状况和药物上的改变, 我有责任告知我的牙医。

父母签名 Signature: 牙医签名 Dr Sig:

PARENT 1 INFO 父母一 母亲 Mother 父亲 Father 亲生 Bio 继/后 Step 养 Adopt 其他 Other

姓名: 姓 Last 名 First 中 (缩写) MI 出生日期: 年龄: 男 M 女 F

地址: 街 市 州 编码

手机 Cell: 家电话 Home: 电子邮件:

雇主 Employer: 雇主电话: 占用:

雇主地址: 街 市 州 编码

PARENT 2 INFO 父母二 母亲 Mother 父亲 Father 亲生 Bio 继/后 Step 养 Adopt 其他 Other

姓名: 姓 Last 名 First 中 (缩写) MI 出生日期: 年龄: 男 M 女 F

地址: 街 市 州 编码

手机 Cell: 家电话 Home: 电子邮件:

雇主 Employer: 雇主电话: 占用:

雇主地址: 街 市 州 编码

ADDITIONAL INFO 其他的信息

父母婚姻状况: 已婚 Married 伙伴 Partnered 分居 Separated 离婚 Divorced 单身 Single 寡 Widowed

紧急联系人 (Emergency): 不是父母 关系: 与患者的关系 电话:

我们应该发预约提醒的电子邮件给谁 (email reminders)? 父母 1 父母 2 其他:

我们应该发预约确认的短信给谁 (text confirmations)? 父母 1 父母 2 其他:

我们偶尔可以发促销的电子邮件给您吗 (promotional emails)? Yes 可以 No 不可以

如果可以, 送给谁? 父母 1 父母 2 其他:

DENTAL INSURANCE 牙科保险

点这里如果没有保险 (no insurance)

主要保险公司 (Primary): 保险电话:

保险第一持有者名字: 社会安全号码: 出生日期:

识别号码 (ID): 群体号码 (Group):



患者姓名: _____ 出生日期: _____ 今天的日期: _____
姓 Last 名 First

DENTAL INSURANCE 牙科保险 (继续)

二级保险公司 (Secondary): _____ 保险电话: _____

保险第一持有者名字: _____ 社会安全号码: _____ 出生日期: _____

识别号码 (ID): _____ 群体号码 (Group): _____

SIGNATURE 签名

我已经尽我所知回答上述有关于父母信息和保险信息。我明白提供不正确的信息会导致我的保险拒绝索赔。如果信息有改变, 告知诊所是我的责任。

父母签名 Signature: _____ 正楷姓名: _____

HOW DID YOU FIND US? 您是如何找到我们的?

- Google 谷歌
- Yelp
- Insurance Directory 保险名录
- 学校 / 日托: _____
- Facebook 脸书
- Direct Mail 直邮
- 朋友 / 家庭: _____
- Other 其他: _____

DENTAL PROCEDURES 牙科过程

讲述、示范、施行: _____ ()

正强化: _____

定期检查: 3 _____ X _____ 3

治疗计画: _____

治疗顺序: _____

()

副作用: _____ ()

笑气: _____ ()

全身麻醉: _____

()

Dino-mite Kids Dental

OFFICE POLICIES 诊所规章

取消 / 重新安排: _____

24小时

“ ”



患者姓名: _____ 出生日期: _____ 今天的日期: _____
姓 Last 名 First

OFFICE POLICIES 诊所规章 (继续)

过晚通知 / 取消 : 24 ()
()
/ -
/ - 1-2
/ " " " " \$25

\$50 12 24
迟到 : 15 " ,

付款 :

提醒 : 3
确认 : 2-3 :

中止预约 : , \$25

授权代表人 : 18 , 18 ()

治疗 :

估价 :

相片 :

礼仪 :

规章变更 :

父母 / 监护人 缩写: _____

CONSENT 同意

_____ 授权 : Dino-mite Kids Dental , X
" " Dino-mite Kids



患者姓名: _____ 出生日期: _____ 今天的日期: _____
姓 Last 名 First

CONSENT 同意 (继续)

_____ 财务: _____, _____
" _____"
Dino-mite Kids

_____ 延迟治疗: _____ ()

_____ 规章和程序:

_____ 保险帐单: Dino-mite Kids

_____ 预约沟通:

_____ 保密: _____,
Health Insurances Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)
HIPAA

是的, 我想要一份副本 不, 我不需要副本

_____ 牙科材料:

是的, 我想要一份副本 不, 我不需要副本

AUTHORIZED REPRESENTATIVE(S) OTHER THAN PARENTS / GUARDIANS 代表人除了父母

18

代表人 1: _____ 出生日期: _____
姓 Last 名 First 中 (缩写) MI

与患者关系: _____ 电话: _____ 手机 住家

权限: 登记 安排预约 做决定 授权期限: 自表格日期起1年 自表格日期起2年 直到我撤销授

代表人 2: _____ 出生日期: _____
姓 Last 名 First 中 (缩写) MI

与患者关系: _____ 电话: _____ 手机 住家

权限: 登记 安排预约 做决定 授权期限: 自表格日期起1年 自表格日期起2年 直到我撤销授

Dino-mite Kids Dental

Parent Signature: _____ : _____