



Tên (Name) _____ Ngày (Date) _____
 Địa chỉ (Address) _____ Thành Phố (City) _____ Bang (State) _____ Số Bưu Cục (Zip) _____
 Tuổi (Age) ____ Ngày Sinh (Date of Birth) _____ Cao (Height) _____ Nặng (Weight) _____ Nam (Male) Nữ (Female)
 Điện thoại Di động (Cell Phone) _____ Điện thoại Nhà (Home Phone) _____ Số An Sinh Xã Hội (SS#) _____
 Nơi Làm Việc (Place of Employment) _____ Điện thoại Chỗ Làm (Work Phone) _____
 Địa chỉ Email (Email Address) _____
 Tên Vợ/Chồng (Spouse's Name) _____ Điện thoại Di động (Cell Phone) _____
 Nơi Làm Việc (Place of Employment) _____ Điện thoại Chỗ Làm (Work Phone) _____
 Khi khẩn cấp, liên hệ với ai? (Person to contact in case of emergency?) _____ Điện thoại (Phone) _____

PHẦN NÀN CHÍNH VỀ RĂNG (Chief Dental Complaint) _____

BỆNH SỬ (MEDICAL HISTORY)

	Có	Không		Có	Không		Có	Không
1) Trong vòng 2 năm qua, quý vị có từng phải nhập viện không? (Have you been a patient in a hospital during the past two years?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huyết áp thấp (Low Blood Pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bệnh bạch cầu (Leukemia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Trong vòng 2 năm qua, quý vị có từng được bác sĩ chăm sóc riêng không? (Have you been under the care of a medical doctor during the past two years?) Nếu có, xin cho biết tên bác sĩ _____ (If yes, physician's name)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huyết áp cao (High Blood Pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ung thư hay Ung bướu (Cancer or Tumor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Quý vị có từng có kết quả xét nghiệm dương tính với bệnh lao khi làm xét nghiệm máu hay qua da không? (Have you ever had a positive blood or skin test for Tuberculosis?) Nếu có, quý vị có được chụp x-quang lồng ngực lúc xét nghiệm dương tính chưa? (If yes, have you had a chest x-ray since the positive test?) Ngày (Date) _____ Kết quả (Results) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tai biến mạch máu não (Stroke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Xạ trị (Radiation Therapy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Quý vị có đang mắc bệnh lao không? (Do you have active Tuberculosis?) Có từng gần gũi với người đang bị bệnh lao không? (Have you been exposed to anyone with active Tuberculosis?) Bị ho liên tục quá 3 tuần không? (Persistent cough greater than 3 week duration?) Có ho ra máu không (Cough that produces blood?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tim bị nhiễm trùng (Infection In Heart)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hóa trị (Chemotherapy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Quý vị có từng bị xuất huyết nhiều tới mức phải cần được điều trị đặc biệt không? (Have you ever had any excessive bleeding requiring special treatment?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nhồi máu cơ tim (Heart Attack)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Có vấn đề về hô hấp (Respiratory Problems)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Khi leo lên các bậc thang hoặc đi bộ, quý vị có từng phải dừng lại vì bị đau tức ngực, vì bị khó thở hay vì mệt không? (When you walk upstairs or take a walk, do you ever have to stop because of pain in your chest or shortness of breath, or because you are tired?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Van tim nhân tạo (Artificial Heart Valve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bệnh sốt mùa cỏ khô / Dị ứng (Hay Fever/Allergies)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Trong năm qua, quý vị có từng bị đột xuất giảm hay tăng quá 10 cân (pounds) không? (Have you lost or gained more than 10 pounds in the past year?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dị tật tim bẩm sinh (Heart Birth Defects)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suyễn (Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Quý vị từng bị thức giấc khi đang say ngủ vì bị thở dốc hay đổ mồ hôi quá nhiều không? (Do you ever wake up from sleep shortness of breath or sweating heavily?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dễ bị đứt hơi (Easily Winded)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Khí phế thũng (Emphysema)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Quý vị có đang phải theo một chế độ ăn kiêng đặc biệt không? (Are you on a special diet?) Do bác sĩ yêu cầu hay tự ép buộc? (Doctor's order or self-imposed?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tức ngực/Đau thắt ngực (Chest Pains/Angina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bệnh gan (Liver Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Bác sĩ của quý vị có bao giờ nói rằng quý vị bị ung thư hoặc ung bướu không? (Has your medical doctor ever said you have cancer or a tumor?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Máy trợ tim (Cardiac Pacemaker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bệnh thận (Kidney Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Quý vị có hút thuốc hoặc dùng các sản phẩm thuốc lá không khói, ví dụ như cao thuốc nhai không? (Do you smoke or use smokeless tobacco products such as chewing tobacco?) Nếu có thì mỗi ngày bao nhiêu? (If yes, how much per day?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sưng mắt cá chân (Swollen Ankles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuyến giáp trạng có vấn đề (Thyroid Problem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Quý vị có uống rượu không? (Do you drink alcohol?) Nếu có thì mỗi tuần bao nhiêu? (If yes, how many drinks per week?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gần đây tăng cân (Recent Weight Gain)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Viêm khớp (Arthritis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Hiện nay hoặc trong quá khứ, quý vị có dùng cocaine hay chất ma túy khác không? (Do you now use or have used in the past cocaine or other drugs?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiểu đường (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thay khớp hay cấy mô (Joint Replacement or Implant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Quý vị có đã phải đi cai nghiện ma túy hoặc rượu chưa? (Have you or are you in drug and alcohol treatments?) Nếu có thì khi nào? (If yes, when?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bệnh Glô-côm (Glaucoma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rối loạn bao tử hoặc loét bao tử (Stomach Troubles or Ulcers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Quý vị có bao giờ dùng Phen-Fen hay Redux chưa? (Have you ever taken Phen-Fen or Redux?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thường xuyên mệt mỏi (Frequently Tired)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ngất xỉu/Đột quy (Fainting/Seizures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Gần đây giảm cân (Recent Weight Loss)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Động kinh/Co giật (Epilepsy/Convulsions)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Thiếu máu (Anemia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rối loạn thần kinh (Mental Health Disorder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Máu có bệnh (Blood Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Viêm gan siêu vi/Vàng da (Hepatitis/Jaundice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Bệnh lây lan qua đường tình dục (Sexually Transmitted Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			SIDA hoặc nhiễm HIV (AIDS or HIV Infection)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
						16) Quý vị có đang bị bất cứ bệnh, tình huống, hoặc vấn đề gì chưa được liệt kê? (Do you have any disease(s), conditions, or problems not listed?) Xin kê khai đầy đủ (Please list): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

THUỐC MEN (MEDICATIONS)

Hiện quý vị có dùng thuốc này không?
Are you taking any of the following?

	Có	Không
1) Kháng sinh (Antibiotics)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Các loại thuốc Sulfa (Sulfa drugs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Thuốc chống đông máu (làm loãng máu) (Anticoagulants (blood thinners))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Thuốc trị huyết áp cao (Medicine for high blood pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Cortisone (steroids)-Kháng viêm (Cortisone (steroids))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Thuốc an thần (Tranquillizers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Thuốc chống dị ứng (Antihistamines)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Thuốc chống suy sụp thần kinh/chống lo âu buồn phiền (Antidepressant/Antianxiety medications)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Aspirin (loại thường, dùng đều đặn) (Aspirin (regular, ongoing basis))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Insulin, Orinase, hoặc thuốc tương tự (Insulin, Orinase, or similar drug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Digitalis hoặc thuốc tim khác (Digitalis or other heart drug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Nitroglycerin (Nitroglycerin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Hóa trị (Chemotherapy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Rượu/Ma (lệ thuộc hóa chất) (Alcohol/Drugs (chemically dependent))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Thuốc ăn kiêng (Diet pills)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Vitamin/thuốc bổ từ thảo dược (Vitamin/herbal supplements)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Các loại thuốc khác (Other medications) Ý kiến (Comments) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DI ỨNG (ALLERGIES)

Quý vị có bị dị ứng hoặc đã từng bị phản ứng với bất cứ
những gì kể sau? (Are you allergic to or had a reaction to
any of the following?)

	Có	Không
1) Thuốc gây tê tại chỗ (novocaine, v.v) (Local anesthetic (novocaine, etc.))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Kháng sinh (Antibiotics) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Các loại thuốc Sulfa (Sulfa drugs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Cao su (Latex)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Các loại thuốc ngủ (Barbiturates, sedatives)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Aspirin (Aspirin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Thuốc i-ốt (Iodine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Codeine hay thuốc gây mơ màng khác (Codeine or other narcotics)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Kim loại (nhẫn, hoa tai, v.v.) (Metals (rings, earrings, etc.))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Các loại dị ứng khác _____ (Other allergies)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BỆNH SỬ RĂNG (DENTAL HISTORY)

	Có	Không
1) Hiện quý vị có đang đau răng không? (Are you having dental pain?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Quý vị có nghĩ rằng nướu mình có vấn đề không? (Do you think you have gum problems?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Quý vị có thấy có tiếng lách cách, đau nhức hàm hoặc ngay phía trước tai mình không? (Do you notice popping, clicking, soreness of the jaw or just in front of your ears?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Quý vị có tham gia các hoạt động thể thao nào có sự va chạm không? (Are you involved in any contact sports?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Quý vị có đánh răng hàng ngày không? (Do you brush daily?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Quý vị có xỉa răng bằng chỉ hàng ngày không? (Do you floss daily?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Quý vị có bao giờ gặp vấn đề khi được gây tê tại chỗ không? (Have you ever had problems with local anesthetic?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Trong quá khứ, việc nhổ răng cho quý vị có bao giờ gặp khó khăn không? (Have you ever had any difficult extractions (tooth removal) in the past?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Quý vị có bao giờ bị chảy máu quá lâu khi nhổ răng không? (Have you ever had prolonged bleeding following extractions (tooth removal)?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Quý vị có đang mang nguyên hàm hoặc một phần hàm răng giả không? (Do you wear complete or partial dentures?) Nếu có, đã mang hàm răng giả này bao nhiêu năm rồi? _____ (If so, how many years have you worn dentures?) Hàm răng giả quý vị hiện đang mang được bao nhiêu lâu rồi? _____ (How old are your present dentures?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Lần cuối quý vị đi khám răng là khi nào? _____ (When was your last dental visit?)		
12) Lần cuối quý vị đi khám răng đó đã làm gì? (What was done at your last dental visit?) _____ _____ _____		

Phụ Nữ (WOMEN)

	Có	Không
1) Quý vị có đang mang thai không? (Are you pregnant?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Quý vị có đang cho con bú sữa mẹ không? (Are you nursing?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Quý vị có đang hay đã bị rối loạn kinh nguyệt không? (Do you have or have you had menstrual problems?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Quý vị có đang uống thuốc ngừa thai không? (Are you taking birth control pills?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Quý vị có đã mãn kinh chưa? (Have you been through menopause?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ƯNG THUẬN CHO ĐIỀU TRỊ (TREATMENT CONSENT)

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu các thông tin kể trên. Với sự hiểu biết rõ rệt nhất của tôi, những điều đã khai trên đều đúng sự thật và chính xác. Tôi hiểu rằng việc cung cấp thông tin sai lạc có thể gây nguy hại cho sức khỏe của tôi. Nếu tình trạng sức khỏe hoặc thuốc men của tôi có gì thay đổi, tôi sẽ báo ngay không chậm trễ cho các nhân viên khoa nha trong lần khám tới. Tôi hiểu rằng tính chất của dịch vụ y khoa đều có thể có rủi ro và tác dụng phụ. Tôi hiểu rằng có thể có những phương pháp điều trị khác và tuy rằng tất cả các y thuật đều được coi là an toàn, thì vẫn có thể xảy ra sự cố, hoặc những hậu quả không thể lường trước được, và các chỉ định khẩn cấp có thể ngăn trở những kết quả tốt đẹp đã định từ trước, hoặc buộc phải điều trị thêm. Tôi hiểu rằng các dịch vụ nha khoa sẽ do các nha sĩ có bằng cấp, những người làm vệ sinh răng miệng có bằng cấp, hoặc các sinh viên nha khoa và vệ sinh răng miệng thực hiện dưới sự giám sát của các nha sĩ có bằng cấp, và tôi đồng ý với các cách phục vụ đó. Tôi cho phép Sở Y Tế Lincoln-Quận Lancaster được phổ biến cho những người ngoài đã thanh toán chi phí và/hoặc các y, bác sĩ mọi thông tin, kể cả những chẩn đoán, những phác đồ khám hay điều trị trong thời gian chăm sóc răng cho tôi.

I certify that I have read and understand the above information. To the best of my knowledge, the above answers are true and correct. I understand that providing incorrect information can be dangerous to my health. If I ever have any change in my health, or if my medicines change, I will inform the dental staff at the next appointment without fail. I understand the nature of the clinical services to be rendered including the possible hazards and side effects that may be involved. I understand that alternative methods of treatment may be available and that while all the procedures are considered safe, there is risk of complications or unanticipated results and emergency indications that may prevent the intended beneficial result or require further treatment. I understand that dental services will be rendered by licensed dentists, licensed dental hygienists, or dental and dental hygiene students under the supervision of licensed dentists, and consent to such services. I authorize the Lincoln-Lancaster County Health Department to release any information including the diagnosis of the records of any treatment or examination rendered to me or my child during the period of such Dental care to third party payors and/or health practitioners.

Ký tên (Signature) _____ Ngày (Date) _____