

# GLOBAL DENTAL

1220 N. Josey Lane STE 106- Carrollton, TX 75006 Tel 972-416-9239

Patient Name: First \_\_\_\_\_ Last \_\_\_\_\_ Middle \_\_\_\_\_

Date of birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Male [ ] Female [ ]

Status: Married [ ] Single [ ] Divorced [ ] Widow [ ]

Address: \_\_\_\_\_

City : \_\_\_\_\_ Zipcode: \_\_\_\_\_

Cell Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Email Address: \_\_\_\_\_

Please prioritize the order in which you would like for us to contact you (1 to 3):

Cell \_\_\_\_\_ Work \_\_\_\_\_ Home \_\_\_\_\_

Social Security Number: \_\_\_\_\_

Driver License Number: \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_

Occupation: \_\_\_\_\_ Retired [ ] Student [ ]

Referred by: \_\_\_\_\_

Person to contact on emergency: \_\_\_\_\_ Phone No. \_\_\_\_\_

**ASSIGNMENT: I hereby assign my insurance benefits to be paid directly to Global Dental and I am financially responsible for any non-covered services.**

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
(Patient or Parent of Minor under 18 years old)

Name: \_\_\_\_\_  
(Print your name & relationship with patient)

# BỆNH SỬ

Vietnamese

Tên Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_

Số ID Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_

Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

## I. XIN KHOANH VÀO CÂU TRẢ LỜI THÍCH HỢP (để Trồng những câu nào quý vị không hiểu):

1. Có Không Sức khỏe tổng quát của quý vị có tốt không?
2. Có Không Trong vòng một năm qua tình trạng sức khỏe của quý vị có gì thay đổi không?
3. Có Không Trong ba năm qua quý vị có nằm bệnh viện hoặc bị bệnh nặng hay không?  
Nếu CÓ, tại sao? \_\_\_\_\_
4. Có Không Quý vị có đang được một bác sĩ điều trị hay không? Nếu có thì bệnh gì? \_\_\_\_\_  
Ngày khám bệnh lần cuối: \_\_\_\_\_ Ngày khám Răng lần cuối: \_\_\_\_\_
5. Có Không Trong lần chữa răng trước đây quý vị có bị vấn đề tai biến gì không?
6. Có Không Bây giờ quý vị có đang bị nhức răng hay không?

## II. QUÝ VỊ CÓ BAO GIỜ BỊ:

- |  |   |
|--|---|
| 7. Có Không Đau thắt ngực?                     | 18. Có Không Chóng mặt?                 |
| 8. Có Không Sưng phù mắt cá?                   | 19. Có Không Û tai?                     |
| 9. Có Không Hụt hơi khó thở?                   | 20. Có Không Nhức đầu?                  |
| 10. Có Không Sụt cân, sốt, đổ mồ hôi ban đêm?  | 21. Có Không Bị nhũn cơn ngất xỉu?      |
| 11. Có Không Ho dai dẳng, ho ra máu?           | 22. Có Không Mắt mờ?                    |
| 12. Có Không Hay bị chảy máu, bầm tím dễ dàng? | 23. Có Không Co giật kinh phong?        |
| 13. Có Không Đau xoang mũi?                    | 24. Có Không Khát nước quá độ?          |
| 14. Có Không Khó nuốt?                         | 25. Có Không Đi tiểu liên tục?          |
| 15. Có Không Tiêu chảy, táo bón, phân lẫn máu? | 26. Có Không Miệng khô?                 |
| 16. Có Không Ôi mửa thường xuyên, buồn nôn?    | 27. Có Không Vàng da?                   |
| 17. Có Không Khó tiểu, máu trong nước tiểu?    | 28. Có Không Nhức khớp xương, cứng nhắc |

## III. QUÝ VỊ CÓ ĐANG HOẶC ĐÃ BỊ CÁC BỆNH SAU ĐÂY HAY KHÔNG:

- |  |   |
|--|---|
| 29. Có Không Bệnh tim?   | 40. Có Không Hội chứng thiếu hụt miễn nhiễm (AIDS)? |
| 30. Có Không Cơ nghẽn máu trong tim, khuyết tật tim?                               | 41. Có Không Bướu, ung thư?                         |
| 31. Có Không Tim có tiếng thổi?  | 42. Có Không Viêm khớp, thấp khớp?                  |
| 32. Có Không Sốt thấp khớp?  | 43. Có Không Bệnh mắt?                              |
| 33. Có Không Kích xúc mạch máu não, xơ cứng động mạch?                             | 44. Có Không Bệnh ngoài da?                         |
| 34. Có Không Cao huyết áp?   | 45. Có Không Bệnh thiếu máu?                        |
| 35. Có Không Suyễn, lao phổi, khí thũng, các bệnh phổi khác?                       | 46. Có Không Bệnh hoa liễu ( giang mai, lậu)?       |
| 36. Có Không Viêm gan, các bệnh gan khác?  | 47. Có Không Mụn nước herpes?                       |
| 37. Có Không Các chứng đau bao tử, lở loét?  | 48. Có Không Bệnh thận, bàng quang?                 |
| 38. Có Không Dị ứng với: thuốc men, thực phẩm, dược phẩm, nhựa latex?              | 49. Có Không Bệnh tuyến giáp, thượng thận?          |
| 39. Có Không Trong gia đình họ hàng có ai bị tiểu đường, bệnh tim, bướu hay không? | 50. Có Không Bệnh tiểu đường?                       |

## IV. QUÝ VỊ CÓ ĐANG HOẶC ĐÃ ĐƯỢC:

- |  |  |
|--|--|
| 51. Có Không Chăm sóc về bệnh tâm thần?      | 56. Có Không Nhập bệnh viện?             |
| 52. Có Không Trị liệu quang tuyến?           | 57. Có Không Truyền máu?                 |
| 53. Có Không Liệu pháp hóa chất trị ung thư? | 58. Có Không Giải phẫu?                  |
| 54. Có Không Van tim nhân tạo?               | 59. Có Không Mang máy điều hòa nhịp tim? |
| 55. Có Không Khớp xương nhân tạo?            | 60. Có Không Kính đeo sát trông mắt?     |

## V. QUÝ VỊ CÓ ĐANG DÙNG:

- |  |  |
|--|--|
| 61. Có Không Các loại ma túy?  | 63. Có Không Thuốc lá (mọi hình thức)? |
| 62. Có Không Thuốc men, dược phẩm, thuốc mua tự do không cần toa bác sĩ (kể cả Aspirin), và các loại thuốc thiên nhiên như dược thảo hoặc thuốc bắc? | 64. Có Không Rượu?                     |

Xin liệt kê: \_\_\_\_\_

## VI. ĐỐI VỚI RIÊNG PHỤ NỮ:

- |   |   |
|---|---|
| 65. Có Không Quý vị có đang hoặc có thể sẽ có thai hoặc cho con bú sữa mẹ hay | 66. Có Không Đang dùng thuốc ngừa thai? |
|---|---|

## VII. TẤT CẢ CÁC BỆNH NHÂN:

67. Có Không Quý vị có đang hoặc đã bị các căn bệnh hoặc bệnh trạng nào khác NGOÀI những loại kể trên hay không?

Nếu có, xin kể ra: \_\_\_\_\_

Tôi đã trả lời mỗi câu hỏi đầy đủ và chính xác theo hết khả năng hiểu biết của tôi. Tôi sẽ thông báo cho nha sĩ của tôi biết bất cứ thay đổi nào về sức khỏe của tôi và/hoặc các loại thuốc tôi dùng.

Chữ ký của bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

## DUYỆT LẠI KHI TÁI KHÁM:

1. Chữ ký của bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_
2. Chữ ký của bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_
3. Chữ ký của bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_