



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: _____

患者现在有看医生吗 (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: _____ 出生日期: _____ 今天的日期: _____
姓 Last 名 First

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

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

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): _____ 关系: _____ 电话: _____
不是父母 与患者的关系

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: 如果孩子焦虑, 我们将使用简单的术语, 重复地向他(她)解释会要做什么, 然后将用牙科器具, 在一个模型上做示范, 由孩子或医生动手演练。最后, 再将上述演练的过程在孩子的嘴巴里付诸实施。

正强化: 我们将使用正强化方式来指导儿童行为, 我们会使用不同的语气、音亮及其所喜欢的奖励方法; 如赞美、奖品、或轻拍。

定期检查: 3岁及以上儿童的检查, 包括检查、X光片、清洁、冠状抛光和氟化物敷用。3岁以下的儿童预约则包括检查、清洁和氟化物敷用

治疗计画: 治疗计画都是在前一次的检查基础上制定的。儿童的嘴巴尚在发育中, 其变化比成人快, 而在多次的复诊治疗过程中, 口腔状况可能会发生变化, 因此需要额外或不同于原计昼的治疗程序。

治疗顺序: 如果需要多次复诊来完成治疗, 我们的医生将会以他们的专业做判断。根据儿童的年龄, 通常会分成几个区域, 每次则治疗所选定的部分区域。若每次超过选定区域, 则可能会增加孩子的痛苦和心理的创伤。若因此再出现紧急情况(如感染等), 则治疗顺序可能会偏离原计画。

副作用: 治疗后常见的副作用, 包括局部麻醉后长时间的麻木、恶心和(或)口腔瘀伤。

笑气: 在治疗期间给予一氧化二氮(笑气), 是儿童牙科中安全且常见的做法。它通常会产生令人愉悦的感觉, 并帮助患者保持放松及平静; 又因通常被用于清除腐蚀牙齿的工具是高速钻头, 所以那是不可或缺的。

全身麻醉: 治疗通常是需高速钻孔的。若儿童当时的行为状况不被允许安全地如此做, 出于安全原因, 我们建议实施全身麻醉, 尤其是在需要广泛治疗和(或)行为状况不理想时。若家长认为这样做是不安全的话, Dino-mite Kids Dental 则将不会实施任何治疗。

OFFICE POLICIES 诊所规章

取消 / 重新安排: 我们理解取消或重新安排预约的必要性; 然而我们的使命是确保所有患者的牙齿健康。无论何时错过预约, 都会失去另一名儿童患者接受紧急或即时护理的机会, 因此需要以电话或电子邮件, 于 **24小时** 前通知, 取消或重新安排; 如此, 我们便可将时间给其他需要的儿童。即使在办公时间以外, 我们“在线上”的人员也可以接听您的电话。



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: 若事先通知, 取消或重新安排的时间少于24个小时(通知时间过晚), 或未事先通知而错过预约(缺席), 您的账户中将会有如下记录。

- 第一次过晚通知 / 缺席: 设限 - 非旺季期间, 仅限预约在上午, 而本诊所每天最多只有两个名额可用
- 第二次过晚通知 / 缺席: 后补 - 等待仅在1-2天前, 才可获得预约的机会。
- 第三次过晚通知 / 缺席: 可能不再被理会

不可预测的紧急情况是可被谅解的; 但那不可以是不断重复的。若有一个"设限"或"后补"的记录, 可以 \$25 或 \$50 的费用来消除, 也可用12个月或 24 个月的完全出席率来替代。

迟到: 晚到 15 分以上会被认作“缺席”, 为避免占用下一个患者的时间, 预约可能会被重新安排。此外, 任何迟到也会缩短与医生的问答时间。若此, 可请医生于当天收工之时致电与您。

付款: 除非事先作出其他安排, 否则所有专业服务的付款均在接受服务时到期。我们将善意地对您的保险进行核对和预估费用; 但患者或其担保人仍需担负所有的费用而不论承保范围如何。

提醒: 为了帮助您规划, 我们将于3周前, 以电子邮件提醒您的预约。

确认: 确认预约是医生与患者间关系的重要组成部分, 因此我们会要求您在预约前2-3天, 通过短信确认您的预约。若尚未得到回覆, 我们就会在前一天给您打电话。我们会用很多时间准备您的预约, 那包括: 核对保险的承保范围, 确保合适的人员、医生和时间上的无误。作为回报, 我们只要求您花一分钟的时间来确认您的预约。

中止预约: 我们理解, 看牙科对儿童来说可能是很可怕的, 所以若因当时患者的行为达不到要求, 而被迫中止第一次的看诊时, 我们会很愿意重新安排。请注意, 若此后再有发生时, 将被每次收取\$25的费用。

授权代表人: 若患者未满18岁, 在患者第一次看门诊期间, 必须至少有一位家长或法定监护人在场陪同。此后, 家长或法定监护人可指定一名18岁或以上的成年人, 作为其授权代表人(以下称代表人), 以便按时赴诊。在办理登记手续时, 将会要求出示官方的附照身分证件。如您将来需要一位授权代表人, 请另填写表格。

治疗: 要求家长、监护人或代表人在场陪同, 直到医生准予离场。若治疗时发生紧急情况或变化, 我们需要他们的人在场批准及变更。

估价: 我们将尽一切努力, 为您的儿童提供适合的时间、预算和最佳治疗方案。我们很愿意及早备好治疗估价, 并在必要时, 先行使用您保险的预先授权治疗; 然而所有的估价仅为预估, 其并不是对保险的承保范围所作的保证。

相片: 我们拍摄患者的牙齿和面部的照片, 以供本所使用; 如帐户资料, 保险对照片之需求。在社交媒体帐户中各项竞赛而获胜之游戏贴纸、以及专业文章和讲座。

礼仪: 我们努力创造一个尊重和有礼的医生、员工与患者的环境。任何对他们的敌意、侵略或欺凌行为都将被请出门外。

规章变更: 我们保留随时可自行修改和添加本所规章的权利, 恕不再另行通知。我们会在本诊所公布任何重大的变更通知, 您也可要求索阅。

父母 / 监护人 缩写: _____

CONSENT 同意

通过下面的简签, 我在此承认我完全理解并同意以下的内容。

_____ **授权:** 我特此授权, Dino-mite Kids Dental, 在我儿童的牙科检查、清洁、局部氟化物敷用, X光片和其他辅助设备上进行治疗, 借以满足我的儿童的治疗需求。我还授权 Dino-mite Kids 为我的儿童提供所有的治疗; 药物及按“内部规定”所陈述并由我们彼此商定的疗法。

