



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 (縮寫) MI 首選名稱 Preferred

住家地址: _____
街 市 州 編碼

學校: _____ 學校城市: _____ 成績: _____

MEDICAL HISTORY 病史

醫師: _____ 電話: _____ 上次診看日期: _____

患者現在有看醫生嗎 (non-routine care)? _____

請列出所使用的藥物 (medication): _____

請列出所有的過敏物 (allergies): _____

請列出所有的住院治療(何時和原因) [hospitalizations]: _____

請勾選下列所有適用的情況(若沒有, 請在最後一欄中選“沒有”)。

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abnormal Bleeding 異常出血 | <input type="checkbox"/> Down Syndrome 唐氏綜合症 | <input type="checkbox"/> Premature Birth 早產 |
| <input type="checkbox"/> AIDS / HIV+ 艾滋病 | <input type="checkbox"/> Drug / Alcohol Abuse 藥物/酒精濫用 | <input type="checkbox"/> Mental Disability 精神疾病 |
| <input type="checkbox"/> ADD / ADHD 注意力缺乏多動障礙 | <input type="checkbox"/> Eating Disorder 進食障礙 | <input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy 肌營養不良症 |
| <input type="checkbox"/> Anemia 貧血 | <input type="checkbox"/> Eczema 濕疹 | <input type="checkbox"/> Orthopedic Disorder 骨科疾病 |
| <input type="checkbox"/> Arthritis 關節炎 | <input type="checkbox"/> Emphysema 肺氣腫 | <input type="checkbox"/> Pacemaker 心臟起搏器 |
| <input type="checkbox"/> Asthma / Breathing Problems 哮喘 / 呼吸困難 | <input type="checkbox"/> Epilepsy / Seizures 癲癇 / 緝獲 | <input type="checkbox"/> Pregnancy 懷孕 |
| <input type="checkbox"/> Autism 自閉症 | <input type="checkbox"/> Gastrointestinal Disorder 胃腸道疾病 | <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 呼吸系統疾病 |
| <input type="checkbox"/> Bladder Problems 膀胱問題 | <input type="checkbox"/> Hearing Impaired / Deaf 聽力障礙/聾人 | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever 風濕熱 |
| <input type="checkbox"/> Blood Transfusions 輸血 | <input type="checkbox"/> Heart Disease 心臟病 | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease 鎌狀細胞疾病 |
| <input type="checkbox"/> Brain / Spinal Injury 腦/脊髓損傷 | <input type="checkbox"/> Heart Murmur 心雜音 | <input type="checkbox"/> Speech Problems 言語問題 |
| <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy 腦癱 | <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 皰疹 / 熱水泡 | <input type="checkbox"/> Thyroid Disease 甲狀腺疾病 |
| <input type="checkbox"/> Craniofacial Condition 顱面疾病 | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure 血壓高 | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) 肺結核 |
| <input type="checkbox"/> Cancer / Tumor 癌症 / 瘤 | <input type="checkbox"/> Infective Endocarditis 感染性心內膜炎 | <input type="checkbox"/> Vision Impairment / Blind 視力障礙/盲目 |
| <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis 囊性纖維化 | <input type="checkbox"/> Kidney Disease 腎臟疾病 | <input type="checkbox"/> NONE 沒有 |
| <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 低血壓 | |

我們還應該知道有關您孩童的其他事項嗎 (諸如: 一些情緒和行為上的情況等)? _____

DENTAL HISTORY 牙科病史

患者第一次看牙醫 (first visit): Yes 是 No 不是 若不是, 以前的經驗好嗎 (good experience)? Yes 好 No 不好

此前的牙醫: _____ 上次看診日期: _____ 上次X光日期: _____

請檢查所有適用的口腔習慣。 患者目前牙齒痛嗎 (any pain)? Yes 痛 No 不痛

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Jaw Clenching 牙關緊閉 | <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/咬頰 | | |

患者刷牙次數 (brush): 每天一次 (1x) 每天兩次 (2x) 其他: _____ 自己刷 (self) 成人幫助 (adult)

患者使用牙線次數 (floss): 沒有用 (0x) 每天一次 (1x) 其他: _____ 自己用 (self) 成人幫助 (adult)

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



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

SIGNATURE 簽名

我已盡我所知，回答上述有關我孩童的信息、病史、牙科病史。我明白，若提供不正確的信息，可能對我的孩童有危險。若患者有任何身體狀況和藥物上的改變，我有責任告知我的牙醫。

父母簽名 Signature: _____ 牙醫簽名 Dr Sig: _____

PARENT 1 INFO 父母一 母親 Mother 父親 Father 親生 Bio 繼/後 Step 養 Adopt 其他 Other

姓名: _____ 出生日期: _____ 年齡: _____ 男 M 女 F
姓 Last 名 First 中 (縮寫) MI

地址: _____
街 市 州 編碼

手機 Cell: _____ 家電話 Home: _____ 電子郵件: _____

雇主 Employer: _____ 雇主電話: _____ 佔用: _____

雇主地址: _____
街 市 州 編碼

PARENT 2 INFO 父母二 母親 Mother 父親 Father 親生 Bio 繼/後 Step 養 Adopt 其他 Other

姓名: _____ 出生日期: _____ 年齡: _____ 男 M 女 F
姓 Last 名 First 中 (縮寫) MI

地址: _____
街 市 州 編碼

手機 Cell: _____ 家電話 Home: _____ 電子郵件: _____

雇主 Employer: _____ 雇主電話: _____ 佔用: _____

雇主地址: _____
街 市 州 編碼

ADDITIONAL INFO 其他的信息

父母婚姻狀況: 已婚 Married 夥伴 Partnered 分居 Separated 離婚 Divorced 單身 Single 寡 Widowed

緊急聯繫人 (Emergency): _____ 關係: _____ 電話: _____
不是父母 與患者的關係

我們應該發預約提醒的電子郵件給誰 (email reminders)? 父母 1 父母 2 其他: _____

我們應該發預約確認的短信給誰 (text confirmations)? 父母 1 父母 2 其他: _____

我們偶爾可以發促銷的電子郵件給您嗎 (promotional emails)? Yes 可以 No 不可以

如果可以, 送給誰? 父母 1 父母 2 其他: _____

DENTAL INSURANCE 牙科保險

點這裡如果沒有保險 (no insurance)

主要保險公司 (Primary): _____ 保險電話: _____

保險第一持有者名字: _____ 社會安全號碼: _____ 出生日期: _____

識別號碼 (ID): _____ 群體號碼 (Group): _____



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

DENTAL INSURANCE 牙科保險 (繼續)

二級保險公司 (Secondary): _____ 保險電話: _____

保險第一持有者名字: _____ 社會安全號碼: _____ 出生日期: _____

識別號碼 (ID): _____ 群體號碼 (Group): _____

SIGNATURE 簽名

我已經盡我所知回答上述有關於父母信息和保險信息。我明白提供不正確的信息會導致我的保險拒絕索賠。如果信息有改變，告知診所是我的責任。

父母簽名 Signature: _____ 正楷姓名: _____

HOW DID YOU FIND US? 您是如何找到我們的?

- Google 谷歌 Yelp Insurance Directory 保險名錄 學校 / 日托: _____
 Facebook 脸书 Direct Mail 直郵 朋友 / 家庭: _____ Other 其他: _____

DENTAL PROCEDURES 牙科過程

講述、示範、施行：如果孩子焦慮，我們將使用簡單的術語，重複地向他(她)解釋會要做什麼，然後將用牙科器具，在一個模型上做示範，由孩子或醫生動手演練。最後，再將上述演練的過程在孩子的嘴巴裡付諸實施。

正強化：我們將使用正強化方式來指導兒童行為，我們會使用不同的語氣、音亮及其所喜歡的獎勵方法；如讚美、獎品、或輕拍。

定期檢查：3歲及以上兒童的檢查，包括檢查、X光片、清潔、冠狀拋光和氟化物敷用。3歲以下的兒童預約則包括檢查、清潔和氟化物敷用。

治療計畫：治療計畫都是在前一次的檢查基礎上制定的。兒童的嘴巴尚在發育中，其變化比成人快，而在多次的複診治療過程中，口腔狀況可能會發生變化，因此需要額外或不同於原計畫的治療程序。

治療順序：如果需要多次複診來完成治療，我們的醫生將會以他們的專業做判斷。根據兒童的年齡，通常會分成幾個區域，每次則治療所選定的部分區域。若每次超過選定區域，則可能會增加孩子的痛苦和心理的創傷。若因此再出現緊急情況(如感染等)，則治療順序可能會偏離原計畫。

副作用：治療後常見的副作用，包括局部麻醉後長時間的麻木、噁心和(或)口腔瘀傷。

笑氣：在治療期間給予一氧化二氮(笑氣)，是兒童牙科中安全且常見的做法。它通常會產生令人愉悅的感覺，並幫助患者保持放鬆及平靜；又因通常被用於清除腐蝕牙齒的工具是高速鑽頭，所以那是不可或缺的。

全身麻醉：治療通常是需高速鑽孔的。若兒童當時的行為狀況不被允許安全地如此做，出於安全原因，我們建議實施全身麻醉，尤其是在需要廣泛治療和(或)行為狀況不理想時。若家長認為這樣做是不安全的話，Dino-mite Kids Dental 則將不會實施任何治療。

OFFICE POLICIES 診所規章

取消 / 重新安排：我們理解取消或重新安排預約的必要性；然而我們的使命是確保所有患者的牙齒健康。無論何時錯過預約，都會失去另一名兒童患者接受緊急或即時護理的機會，因此需要以電話或電子郵件，於 **24小時** 前通知，取消或重新安排；如此，我們便可將時間給其他需要的兒童。即使在辦公時間以外，我們“在線上”的人員也可以接聽您的電話。



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

OFFICE POLICIES 診所規章 (繼續)

過晚通知 / 取消: 若事先通知, 取消或重新安排的時間少於24個小時(通知時間過晚), 或未事先通知而錯過預約(缺席), 您的賬戶中將會有如下記錄。

- 第一次過晚通知 / 缺席: 設限 - 非旺季期間, 僅限預約在上午, 而本診所每天最多只有兩個名額可用。
- 第二次過晚通知 / 缺席: 後補 - 等待僅在1-2天前, 才可獲得預約的機會。
- 第三次過晚通知 / 缺席: 可能不再被理會。

不可預測的緊急情況是可被諒解的; 但那不可以是不斷重複的。若有一個"設限"或"後補"的記錄, 可以 \$25 或 \$50 的費用來消除, 也可用12個月或 24 個月的完全出席率來替代。

遲到: 晚到 15 分以上會被認作"缺席", 為避免佔用下一個患者的時間, 預約可能會被重新安排。此外, 任何遲到也會縮短與醫生的問答時間。若此, 可請醫生於當天收工之時致電與您。

付款: 除非事先作出其他安排, 否則所有專業服務的付款均在接受服務時到期。我們將善意地對您的保險進行核對和預估費用; 但患者或其擔保人仍需擔負所有的費用而不論承保範圍如何。

提醒: 為了幫助您規劃, 我們將於3週前, 以電子郵件提醒您的預約。

確認: 確認預約是醫生與患者間關係的重要組成部分, 因此我們會要求您在預約前2-3天, 通過短信確認您的預約。若尚未得到回覆, 我們就會在前一天給您打電話。我們會用很多時間準備您的預約, 那包括: 核對保險的承保範圍, 確保合適的人員、醫生和時間上的無誤。作為回報, 我們只要求您花一分鐘的時間來確認您的預約。

中止預約: 我們理解, 看牙科對兒童來說可能是很可怕的, 所以若因當時患者的行為達不到要求, 而被迫中止第一次的看診時, 我們會很願意重新安排。請注意, 若此後再有發生時, 將被每次收取\$25的費用。

授權代表人: 若患者未滿18歲, 在患者第一次看門診期間, 必須至少有一位家長或法定監護人在場陪同。此後, 家長或法定監護人可指定一名18歲或以上的成年人, 作為其授權代表人(以下稱代表人), 以便按時赴診。在辦理登記手續時, 將會要求出示官方的附照身分證件。如您將來需要一位授權代表人, 請另填寫表格。

治療: 要求家長、監護人或代表人在場陪同, 直到醫生準予離場。若治療時發生緊急情況或變化, 我們需要他們的人在場批准及變更。

估價: 我們將盡一切努力, 為您的兒童提供適合的時間、預算和最佳治療方案。我們很願意及早備好治療估價, 並在必要時, 先行使用您保險的預先授權治療; 然而所有的估價僅為預估, 其並不是對保險的承保範圍所作的保證。

相片: 我們拍攝患者的牙齒和面部的照片, 以供本所使用; 如帳戶資料, 保險對照片之需求。在社交媒體帳戶中各項競賽而獲勝之遊戲貼紙、以及專業文章和講座。

禮儀: 我們努力創造一個尊重和禮的醫生、員工與患者的環境。任何對他們的敵意、侵略或欺凌行為都將被請出門外。

規章變更: 我們保留隨時可自行修改和添加本所規章的權利, 恕不再另行通知。我們會在本院所公佈任何重大的變更通知, 您也可要求索閱。

父母 / 監護人 縮寫: _____

CONSENT 同意

通過下面的簡簽, 我在此承認我完全理解並同意以下的內容。

_____ **授權:** 我特此授權, Dino-mite Kids Dental, 在我兒童的牙科檢查、清潔、局部氟化物敷用, X光片和其他輔助設備上進行診斷, 藉以滿足我的兒童的治療需求。我還授權 Dino-mite Kids 為我的兒童提供所有的治療; 藥物及按"內部規定"所陳述並由我們彼此商定的療法。



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

CONSENT 同意 (繼續)

_____ **財務**: 我承擔所有牙科服務, 藥物和為兒童所提供的產品上的經濟責任。我知道, 在提供服務藥物和產品之時就要付款, 若在預定日期沒有收到付款; 我知道, 我的帳單可能會被升級為“催收款”, 此外我的兒童的帳戶可能會被停止。我還授權我的保險公司, 儘可能地直接向 Dino-mite Kids 付款。我知道, 我的保險公司可能會支付低於實際帳單的費用, 而我最終仍需負責支付所有的費用。

_____ **延遲治療**: 我知道, 延遲或放棄治療, 可能會使牙齒的問題惡化到緊急狀況, 包括感染、疼痛、膿腫形成、發燒、恆牙的發育問題和(或)長期牙齒問題。

_____ **規章和程序**: 我知道並且同意本所的規章和程序。

_____ **保險帳單**: 我授權 Dino-mite Kids 為我申領並將任何信息釋給第三方付款人, 以便獲得保險給付。我知道, 我有責任立即通知本診所; 若我的保險和個人信息有任何變更。

_____ **預約溝通**: 我知道, 本診所的預約電子郵件提醒和短信的重要性; 然而我仍然可以選擇退出此項服務, 即便那是不被本診所推薦的。

我想選擇退出電子郵件提醒和文本確認

_____ **保密**: 除了保險的第三方付款人, 我知道, 本診所不能向患者或法定監護人以外的任何人發布任何有關患者信息, 除非由我根據 Health Insurances Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), 向本診所提供具體的書面授權。我明白, 本診所的 HIPAA 細則是在另外的附件中, 並可供我查閱。

是的, 我想要一份副本 不, 我不需要副本

_____ **牙科材料**: 我知道, 這是在一個單獨的附件中; 並可供我查閱。

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

除了第一次的預約外, 家表或法定監護人, 可指定一名 18 歲或以上的成年人, 作為其授權代表人, 以便陪同未成年患者就醫。此人需要在辦理登記時出示官方的附照身份證件。若您將來需要授權代表人, 請填寫以下的內容。

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

與患者關係: _____ 電話: _____ 手機 住家

權限: 登記 安排預約 做決定 授權期限: 自表格日期起1年 自表格日期起2年 直到我撤銷授權

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

與患者關係: _____ 電話: _____ 手機 住家

權限: 登記 安排預約 做決定 授權期限: 自表格日期起1年 自表格日期起2年 直到我撤銷授權

通過以下簽名, 我特此授權 Dino-mite Kids Dental 在上述人員的陪同下, 檢查和治療我的未成年子女。上述人員可能會收到我孩子的健康信息, 並具有上述所指定的權限。如果無法聯繫我或者在沒有足夠時間尋求我的同意時, 在緊急情況下我也授權上述人員做出嚴重或緊急的醫療保健決定。我理解, 除非由我以書面形式撤銷, 這項授權是仍然有效的。如果要撤銷代表人授權也是可以隨時進行的。

父母簽名 Parent Signature: _____ 正楷姓名: _____