

617 Riverside Avenue Burlington, VT 05401 Medical: (802) 864-6309 Fax: (802) 652-1056 Dental: (802) 652-1050 www.chcb.org

Patient Name: _____ Date of Birth: _____ Date: _____

Please answer these questions as best you can. We want to know your special needs so we can give you the best care. Please check the answer that is right for you, "Yes", "No", "DK" (Don't Know.) Your answers are confidential and for our records only. - - - BLACK OR BLUE PEN ONLY - - -

Medical

Yes No DK

Has there been a major change to your health within the past year? ☐ ☐ ☐

If yes, please explain: _____

Are you under the care of a physician or are you receiving ongoing medical care? ☐ ☐ ☐

Name of your physician: _____

Physician's Phone Number: _____

Date of your last medical visit: _____

Are you pregnant? ☐ ☐ ☐

If Yes, due date: _____

Do you breast feed? ☐ ☐ ☐

Do you have any artificial joints, heart valves, implants, or prosthesis? ☐ ☐ ☐

Have you ever been told you need to be pre-medicated prior to dental treatment? ☐ ☐ ☐

Have you had surgery, x-ray treatment, or chemotherapy for a tumor, growth, or other condition? ☐ ☐ ☐

If yes, please explain: _____

Dental

Yes No DK

Are you having any dental discomfort at this time? ☐ ☐ ☐

If yes, please explain: _____

Have you ever had serious trouble with previous dental work? ☐ ☐ ☐

If yes, please explain: _____

Does dental work make you nervous? ☐ ☐ ☐

Have you ever had any abnormal bleeding associated with previous extractions, surgery, or trauma? ☐ ☐ ☐

If yes, please explain: _____

Date of your last dental visit: _____

How often do you brush your teeth? _____

How often do you floss your teeth? _____

Other:

Please check the answer that is right for you, "Yes", "No", "DK" (Don't Know):

Yes No DK

Do you use tobacco? ☐ ☐ ☐ What? _____ How much _____

Do you use alcohol? ☐ ☐ ☐ What? _____ How much _____

Do you have any CURRENT/PAST history of substance abuse? .. ☐ ☐ ☐ If yes, please explain: _____

Medications

Are you taking any prescription or over-the-counter medications?

Yes No DK
☐ ☐ ☐

Please list all medications you are taking (Please include prescription and non-prescription medications):

Medication:	Dosage:	How Often Taken:	Reason for Medication:
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			
5. _____			
6. _____			
7. _____			
8. _____			
9. _____			

Allergies

Are you allergic to anything?

Yes No DK
☐ ☐ ☐

Please list all allergies including reaction:

Allergy to:	Reaction:
1. _____	
2. _____	
3. _____	
4. _____	



Tên viết tắt của Nhân viên: _____

NHA KHOA . MẪU TIỀN SỬ Y KHOA BỆNH NHÂN

617 Riverside Avenue

Burlington, VT 05401

Medical: (802) 864-6309

Fax: (802) 652-1056

Nha khoa: (802) 652-1050

www.chcb.org

Tên Bệnh nhân: _____ Ngày Sinh: _____ Ngày: _____

Vui lòng trả lời các câu hỏi sau theo hiểu biết tốt nhất của quý vị. Chúng tôi muốn biết các nhu cầu đặc biệt của quý vị để có thể chăm sóc tốt nhất cho quý vị. Vui lòng đánh dấu câu trả lời đúng với quý vị, “Có”, “Không”, “KB” (Không Biết). Các câu trả lời của quý vị sẽ được bảo mật và chỉ được lưu trong hồ sơ của chúng tôi. - - - CHỈ BẢNG MỤC ĐEN HOẶC XANH - - -

Y khoa	Nha khoa
Năm ngoái, quý vị có sự thay đổi lớn nào về sức khỏe không? ☐ Có ☐ Không ☐ KB Nếu có, vui lòng giải thích: _____ Quý vị có đang được bác sĩ chăm sóc hay đang được chăm sóc y tế liên tục không? ☐ Có ☐ Không ☐ KB Tên của bác sĩ: _____ Số Điện thoại của Bác sĩ: _____ Ngày khám bệnh gần nhất: _____ Quý vị có đang mang thai không? ☐ Có ☐ Không ☐ KB Nếu Có, ngày dự sinh: _____ Quý vị có nuôi con bú không? ☐ Có ☐ Không ☐ KB Quý vị có khớp, van tim, bộ phận cấy ghép nhân tạo hoặc dụng cụ giả không? ☐ Có ☐ Không ☐ KB Quý vị đã bao giờ được cho biết là quý vị cần dùng thuốc trước khi điều trị nha khoa chưa? ☐ Có ☐ Không ☐ KB Quý vị đã từng phẫu thuật, X-quang hoặc hóa trị khối u, tiền triển hoặc bệnh khác chưa? ☐ Có ☐ Không ☐ KB Nếu có, vui lòng giải thích: _____	Quý vị có đang gặp phải bất kỳ vấn đề nha khoa gây khó chịu nào không? ☐ Có ☐ Không ☐ KB Nếu có, vui lòng giải thích: _____ Quý vị đã bao giờ gặp vấn đề trầm trọng với việc chăm sóc nha khoa trước đây chưa? ☐ Có ☐ Không ☐ KB Nếu có, vui lòng giải thích: _____ Chăm sóc nha khoa có làm quý vị lo lắng không? ☐ Có ☐ Không ☐ KB Quý vị đã bao giờ bị chảy máu bất thường do nhổ răng, phẫu thuật hoặc chấn thương trước đây chưa? ☐ Có ☐ Không ☐ KB Nếu có, vui lòng giải thích: _____ Ngày khám nha khoa gần nhất: _____ Tần suất quý vị chải răng? _____ Tần suất quý vị dùng chỉ nha khoa? _____ Khác: Vui lòng đánh dấu câu trả lời đúng với quý vị, “Có”, “Không”, “KB” (Không Biết): Quý vị có hút thuốc lá không? ☐ Có ☐ Không ☐ KB Loại nào? _____ Bao nhiêu _____ Quý vị có uống rượu không? ☐ Có ☐ Không ☐ KB Loại nào? _____ Bao nhiêu _____ Quý vị có ĐÃ/ĐANG lạm dụng chất gây nghiện không? ☐ Có ☐ Không ☐ KB Nếu có, vui lòng giải thích: _____

Thuốc																																								
Quý vị có đang dùng bất kỳ thuốc kê toa hoặc thuốc không kê toa nào không? ☐ Có ☐ Không ☐ KB Liệt kê tất cả thuốc mà quý vị đang dùng (Vui lòng bao gồm cả thuốc kê toa và không kê toa): <table border="1"><thead><tr><th>Thuốc:</th><th>Liều lượng:</th><th>Tần suất Dùng:</th><th>Lý do dùng Thuốc:</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>2. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>3. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>4. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>5. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>6. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>7. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>8. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>9. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr></tbody></table>	Thuốc:	Liều lượng:	Tần suất Dùng:	Lý do dùng Thuốc:	1. _____	_____	_____	_____	2. _____	_____	_____	_____	3. _____	_____	_____	_____	4. _____	_____	_____	_____	5. _____	_____	_____	_____	6. _____	_____	_____	_____	7. _____	_____	_____	_____	8. _____	_____	_____	_____	9. _____	_____	_____	_____
Thuốc:	Liều lượng:	Tần suất Dùng:	Lý do dùng Thuốc:																																					
1. _____	_____	_____	_____																																					
2. _____	_____	_____	_____																																					
3. _____	_____	_____	_____																																					
4. _____	_____	_____	_____																																					
5. _____	_____	_____	_____																																					
6. _____	_____	_____	_____																																					
7. _____	_____	_____	_____																																					
8. _____	_____	_____	_____																																					
9. _____	_____	_____	_____																																					

Dị ứng										
Quý vị có bị dị ứng với thứ gì không? ☐ Có ☐ Không ☐ KB Liệt kê tất cả dị ứng kể cả phản ứng: <table border="1"><thead><tr><th>Dị ứng với:</th><th>Phản ứng:</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. _____</td><td>_____</td></tr><tr><td>2. _____</td><td>_____</td></tr><tr><td>3. _____</td><td>_____</td></tr><tr><td>4. _____</td><td>_____</td></tr></tbody></table>	Dị ứng với:	Phản ứng:	1. _____	_____	2. _____	_____	3. _____	_____	4. _____	_____
Dị ứng với:	Phản ứng:									
1. _____	_____									
2. _____	_____									
3. _____	_____									
4. _____	_____									

Patient Name: _____ Date of Birth: _____ Date: _____



DENTAL ■ PATIENT MEDICAL HISTORY FORM

Medical Information:

Please check the answer that is right for you, "Yes", "No", "DK" (Don't Know).

Heart and Circulatory Problems

Yes No DK

Heart Attack ☐ ☐ ☐

If yes, when _____

High Blood Pressure..... ☐ ☐ ☐

Chest Pain (Angina) ☐ ☐ ☐

Heart Murmurs..... ☐ ☐ ☐

Artificial Valves ☐ ☐ ☐

Other Heart Problems..... ☐ ☐ ☐

Comments _____

Stomach Problems

Yes No DK

Stomach Pain ☐ ☐ ☐

Heartburn..... ☐ ☐ ☐

History of Ulcers ☐ ☐ ☐

Colitis..... ☐ ☐ ☐

Comments _____

Mental Health Problems

Yes No DK

Depression ☐ ☐ ☐

Anxiety..... ☐ ☐ ☐

History of Psychiatric

Medications ☐ ☐ ☐

Comments _____

Neurologic Problems

Yes No DK

Epilepsy/Seizures ☐ ☐ ☐

Chronic Headaches..... ☐ ☐ ☐

History of Head Injury..... ☐ ☐ ☐

Numbness of Arms,

Legs, Hands or Feet..... ☐ ☐ ☐

History of Stroke ☐ ☐ ☐

If yes, when _____

Fainting Spells..... ☐ ☐ ☐

Comments _____

Blood Problems

Yes No DK

Bleeding Problems ☐ ☐ ☐

Anemia ☐ ☐ ☐

Hemophilia..... ☐ ☐ ☐

Are you taking blood thinners?... ☐ ☐ ☐

If yes, recent INR level _____

Comments _____

Breathing/Lung Problems

Yes No DK

Hay Fever ☐ ☐ ☐

Shortness of Breath..... ☐ ☐ ☐

Persistent Cough..... ☐ ☐ ☐

Positive Test/Treatment

for Tuberculosis ☐ ☐ ☐

Seasonal Allergies ☐ ☐ ☐

Asthma ☐ ☐ ☐

Emphysema..... ☐ ☐ ☐

Coughing up Blood ☐ ☐ ☐

Comments _____

Muscle and Bone Problems

Yes No DK

Joint/Back Pain..... ☐ ☐ ☐

History of Broken Bones..... ☐ ☐ ☐

Joint Swelling..... ☐ ☐ ☐

Arthritis ☐ ☐ ☐

Comments _____

Liver

Yes No DK

Hepatitis A, B, or C ☐ ☐ ☐

Alcoholic Liver Disease ☐ ☐ ☐

Other Liver Disease..... ☐ ☐ ☐

Jaundice ☐ ☐ ☐

Comments _____

Other

Yes No DK

Domestic Abuse..... ☐ ☐ ☐

Immune System Disorders ☐ ☐ ☐

Venereal Disease ☐ ☐ ☐

AIDS/HIV ☐ ☐ ☐

Kidney or Bladder

Problems ☐ ☐ ☐

Frequent Urinary

Tract Infections ☐ ☐ ☐

Comments _____

Do you have any other disease,

condition or problem not listed?... ☐ ☐ ☐

If Yes, please explain _____

I understand that, to the best of my knowledge, all of the proceeding answers are true and correct. If I ever have any change in my health or medications, I will inform my health care provider immediately. I hereby give my consent to treatment for myself, or the named patient (of whom I am the parent, legal guardian, or foster parent) to the Community Health Centers of Burlington.

We set aside time just for you. If you're running late or must change an appointment, please call us as soon as possible. Arriving late may require your provider to reschedule your visit to allow enough time for your care. If you miss an appointment, you may have to wait for another opening. If you miss two appointments, you may be only able to make same-day appointments. By calling us when you are unable to make your scheduled appointment, we are able to see other patients waiting for an appointment. These rules are firm so that we can serve everyone in need of care.

Signature of Patient or Guardian _____ Date _____

Vietnamese Rev Jan2013 CRD

Signature of Hygienist _____

☐ Not Applicable

Signature of Dentist _____

☐ Supervising ☐ Treating

Date _____

Tên Bệnh nhân: _____ Ngày Sinh: _____ Ngày: _____



NHA KHOA ■ MẪU TIỀN SỬ Y KHOA BỆNH NHÂN

Thông tin Y tế:

Vui lòng đánh dấu câu trả lời đúng với quý vị, “Có”, “Không”, “KB” (Không Biết).

Vấn đề về Tim và Lưu thông máu

	Có	Không	KB
Đau Tim.....	☐	☐	☐
Nếu có, thì khi nào _____			
Cao Huyết Áp.....	☐	☐	☐
Tức Ngực.....	☐	☐	☐
Bệnh Tim Thổi.....	☐	☐	☐
Van tim Nhân tạo.....	☐	☐	☐
Vấn đề Khác về Tim.....	☐	☐	☐
Nhận xét _____			

Vấn đề về Dạ dày

	Có	Không	KB
Đau Dạ dày.....	☐	☐	☐
Ợ nóng.....	☐	☐	☐
Tiền sử Loét.....	☐	☐	☐
Viêm ruột kết.....	☐	☐	☐
Nhận xét _____			

Vấn đề về Sức khỏe Tâm thần

	Có	Không	KB
Trầm cảm.....	☐	☐	☐
Lo âu.....	☐	☐	☐
Tiền sử dùng Thuốc Thần kinh.....	☐	☐	☐
Nhận xét _____			

Vấn đề về Cơ và Xương

	Có	Không	KB
Đau Lưng/Khớp.....	☐	☐	☐
Tiền sử Gãy Xương.....	☐	☐	☐
Sưng Khớp.....	☐	☐	☐
Viêm khớp.....	☐	☐	☐
Nhận xét _____			

Gan

	Có	Không	KB
Viêm gan A, B hoặc C.....	☐	☐	☐
Bệnh Gan do Rượu.....	☐	☐	☐
Bệnh Gan Khác.....	☐	☐	☐
Vàng da.....	☐	☐	☐
Nhận xét _____			

Vấn đề về Thần kinh

	Có	Không	KB
Động kinh/Co giật.....	☐	☐	☐
Đau đầu Mãn tính.....	☐	☐	☐
Tiền sử Tổn thương Đầu.....	☐	☐	☐
Tê Tay, Chân, Bàn tay hoặc Bàn chân.....	☐	☐	☐
Tiền sử Đột quy.....	☐	☐	☐
Nếu có, thì khi nào _____			
Cơn Ngất xỉu.....	☐	☐	☐
Nhận xét _____			

Vấn đề về Máu

	Có	Không	KB
Vấn đề về Chảy máu.....	☐	☐	☐
Thiếu máu.....	☐	☐	☐
Bệnh dễ chảy máu.....	☐	☐	☐
Quý vị có dùng thuốc chống đông máu không?	☐	☐	☐
Nếu có, mức IRN gần đây _____			
Nhận xét _____			

Khác

	Có	Không	KB
Bạo hành Gia đình.....	☐	☐	☐
Rối loạn Hệ Miễn dịch.....	☐	☐	☐
Bệnh Hoa liễu.....	☐	☐	☐
AIDS/HIV.....	☐	☐	☐
Vấn đề về Thận hoặc Bàng quang ..	☐	☐	☐
Nhiễm khuẩn Đường Tiết niệu thường xuyên.....	☐	☐	☐
Nhận xét _____			
Quý vị có bị bệnh, tình trạng hoặc vấn đề nào khác không được liệt kê không?	☐	☐	☐
Nếu Có, vui lòng giải thích _____			

Với sự hiểu biết tốt nhất của tôi, tôi hiểu rằng tất cả những câu trả lời trên là đúng và trung thực. Nếu có bất kỳ sự thay đổi nào về sức khỏe hoặc thuốc của tôi, thì tôi sẽ thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình ngay. Bằng mẫu đơn này, tôi chấp thuận cho phép các Trung tâm Y tế Cộng đồng của Burlington điều trị cho tôi hoặc bệnh nhân có tên (người mà tôi là cha mẹ, người giám hộ hợp pháp hoặc cha mẹ nuôi).

Chúng tôi dành thời gian cho quý vị. Nếu quý vị đến muộn hoặc phải thay đổi cuộc hẹn, vui lòng gọi cho chúng tôi sớm nhất có thể. Nếu quý vị đến muộn, nhà cung cấp dịch vụ có thể phải đổi lịch khám để có đủ thời gian chăm sóc quý vị. Nếu lỡ hẹn, quý vị có thể phải đợi đến lần khác. Nếu lỡ hẹn hai lần, thì quý vị chỉ có thể hẹn trong cùng một ngày. Bằng cách gọi chúng tôi khi quý vị không thể giữ hẹn theo lịch, chúng tôi có thể khám cho bệnh nhân khác đang đợi hẹn. Đây là những quy tắc bắt đi bất dịch để chúng tôi có thể phục vụ mọi người cần chăm sóc.

Chữ ký của Cha mẹ hoặc Người giám hộ

Ngày

Chữ ký của Chuyên viên vệ sinh nha khoa

☐ Không Áp dụng

Chữ ký của Nha sĩ

☐ Giám sát

Ngày

☐ Điều trị

Bản chính sửa tháng 1 năm 2013 CRD