

KHOA NHA SỞ Y TẾ LINCOLN-QUẬN LANCASTER



Tên Đứa Trẻ/Trẻ Vị Thành Niên (Child/Adolescent's 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)

Cha Mẹ hoặc Người Giám Hộ Hợp Pháp _____ Trường học (School) _____ Cấp Lớp (Grade) _____
(Parents or Legal Guardian)

Điện thoại Di động (Cell Phone) _____ Số An Sinh Xã Hội của Đứa trẻ/Trẻ Vị Thành Niên (Child/Adolescent's SS #) _____

Điện thoại Di động của Người Mẹ _____ Nơi Người Mẹ làm việc _____ ĐT Nơi làm việc _____
Mother's Cell Phone Mother's Place of Employment Work Phone

Điện thoại Di động của Người Cha _____ Nơi Người Cha làm việc _____ ĐT Nơi làm việc _____
Father's Cell Phone Father's Place of Employment Work Phone

Địa chỉ Email (Email Address) _____

Liên hệ với ai khi có việc khẩn cấp? _____ Điện thoại số _____
Person to contact in case of emergency? Phone

PHÀN NÀN CHÍNH VỀ RĂNG (Chief Dental Complaint) _____

BỆNH SỬ (MEDICAL HISTORY)

<p>1) Trong vòng hai năm qua, em có từng phải nhập viện không? (Has he/she been a patient in a hospital during the past two years?) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2) Trong vòng hai năm qua, em có từng được bác sĩ chăm sóc riêng không? (Has he/she been under the care of a medical doctor during the past two years?) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nếu có, xin cho biết tên bác sĩ _____ (If yes, physician's name)</p> <p>3) Em có từng có kết quả xét nghiệm dương tính với bệnh lao khi làm xét nghiệm máu hay qua da không? (Has he/she had a positive blood or skin test for Tuberculosis?) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nếu có, em có được chụp x-quang lồng ngực lúc xét nghiệm dương tính chưa? (If yes, has he/she had a chest x-ray since the positive test?) Ngày (Date) _____ Kết quả (Results) _____</p> <p>4) Em có đang mắc bệnh lao không? (Does he/she have active Tuberculosis?) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Có từng gần gũi với người đang bị bệnh lao không? (Been exposed to anyone with active Tuberculosis?) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bị ho liên tục quá ba tuần không? (Persistent cough greater than 3 week duration?) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Có ho ra máu không? (Cough that produces blood?) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5) Em có từng bị xuất huyết nhiều tới mức phải cần được điều trị đặc biệt không? (Has he/she ever had any excessive bleeding requiring special treatment?) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>6) Khi leo lên các bậc thang hoặc đi bộ, em có từng phải dừng lại vì bị đau tức ngực, vì bị khó thở hay vì mệt không? (When he/she walks upstairs or takes a walk, does he/she ever have to stop because of pain in his/her chest, or shortness of breath, or because he/she is tired?) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>7) Từ năm ngoái đến nay, em có từng bị đột xuất giảm hay tăng quá 10 cân (pounds) không? (Has he/she had unexplained loss or gain of more than 10 pounds in the past year?) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>8) Em có từng bị thức giấc khi đang say ngủ vì bị thở dốc hay đổ mồ hôi quá nhiều không? (Does he/she ever wake up from sleep short of breath or sweating heavily?) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>9) Em có đang phải theo một chế độ ăn kiêng đặc biệt không? (Is he/she on a special diet?) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Do bác sĩ yêu cầu hay tự ép buộc? _____ (Doctor's orders or self-imposed?)</p> <p>10) Bác sĩ của em có bao giờ nói rằng em bị ung thư hoặc ung bướu không? (Has his/her medical doctor ever said he/she has cancer or a tumor?) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>11) Theo như quý vị biết, em có hút thuốc hoặc dùng các sản phẩm thuốc lá không khói, ví dụ như cao thuốc nhai không? (To your knowledge, does he/she smoke or use smokeless tobacco products such as chewing tobacco?) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nếu có thì mỗi ngày bao nhiêu? (If yes, how much per day?) _____</p> <p>12) Theo như quý vị biết, em có uống rượu không? (To your knowledge, does he/she drink alcohol?) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nếu có thì mỗi tuần em uống bao nhiêu? _____ (If yes, how many drinks per week?)</p>	<table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Có</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Không</th> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Có</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Không</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Áp huyết thấp (Low Blood Pressure)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Bệnh bạch cầu (Leukemia)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Áp huyết cao (High Blood Pressure)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Ung thư hay Ung bướu (Cancer or Tumor)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tai biến mạch máu não (Stroke)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Xạ trị (Radiation Therapy)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tim bị nhiễm trùng (Infection In Heart)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Hóa trị (Chemotherapy)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nhồi máu cơ tim (Heart Attack)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Có vấn đề về hô hấp (Respiratory Problems)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Van tim nhân tạo (Artificial Heart Valve)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Bệnh sốt mùa cỏ khô / Dị ứng (Hay Fever/Allergies)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dị tật tim bẩm sinh (Heart Birth Defects)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Suyễn (Asthma)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dễ bị đứt hơi (Easily Winded)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Khí phế thũng (Emphysema)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tức ngực/Đau thắt ngực (Chest Pains/Angina)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Bệnh gan (Liver Disease)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Máy trợ tim (Cardiac Pacemaker)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Bệnh thận (Kidney Disease)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sưng mắt cá chân (Swollen Ankles)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Tuyến giáp trạng có vấn đề (Thyroid Problem)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gần đây tăng cân (Recent Weight Gain)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Viêm khớp (Arthritis)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tiểu đường (Diabetes)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Thay khớp hay cấy mô (Joint Replacement or Implant)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bệnh Glô-côm (Glaucoma)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Rối loạn bao tử hoặc loét bao tử (Stomach Troubles or Ulcers)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Thường xuyên mệt mỏi (Frequently Tired)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Ngất xỉu/Đột quỵ (Fainting/Seizures)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gần đây sụt cân (Recent Weight Loss)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Động kinh/Co giật (Epilepsy/Convulsions)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Thiếu máu (Anemia)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Bệnh thần kinh (Mental Health Disorder)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Máu có bệnh (Blood Disease)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Viêm gan/Vàng da (Hepatitis/Jaundice)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bệnh lây lan qua đường tình dục (Sexually Transmitted Disease)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SIDA hoặc nhiễm HIV (AIDS or HIV Infection)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>13) Em có đang bị bất cứ bệnh, tình huống, hoặc vấn đề gì chưa được liệt kê ra? (Does he/she have any disease(s), conditions, or problems not listed?) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Xin kê khai ra đây (Please list): _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Có	Không		Có	Không	Áp huyết thấp (Low Blood Pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bệnh bạch cầu (Leukemia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Áp huyết cao (High Blood Pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ung thư hay Ung bướu (Cancer or Tumor)	<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"/>	Tim bị nhiễm trùng (Infection In Heart)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hóa trị (Chemotherapy)	<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"/>	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"/>	Dị tật tim bẩm sinh (Heart Birth Defects)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suyễn (Asthma)	<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"/>	Tức ngực/Đau thắt ngực (Chest Pains/Angina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bệnh gan (Liver Disease)	<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"/>	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"/>	Gần đây tăng cân (Recent Weight Gain)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Viêm khớp (Arthritis)	<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"/>	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"/>	Thường xuyên mệt mỏi (Frequently Tired)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ngất xỉu/Đột quỵ (Fainting/Seizures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gần đây sụt 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"/>	Bệnh thần kinh (Mental Health Disorder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Máu có bệnh (Blood Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Viêm gan/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"/>				13) Em có đang bị bất cứ bệnh, tình huống, hoặc vấn đề gì chưa được liệt kê ra? (Does he/she have any disease(s), conditions, or problems not listed?) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Xin kê khai ra đây (Please list): _____					
	Có	Không		Có	Không																																																																																																																																						
Áp huyết thấp (Low Blood Pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bệnh bạch cầu (Leukemia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																						
Áp huyết cao (High Blood Pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ung thư hay Ung bướu (Cancer or Tumor)	<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"/>																																																																																																																																						
Tim bị nhiễm trùng (Infection In Heart)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hóa trị (Chemotherapy)	<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"/>																																																																																																																																						
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"/>																																																																																																																																						
Dị tật tim bẩm sinh (Heart Birth Defects)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suyễn (Asthma)	<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"/>																																																																																																																																						
Tức ngực/Đau thắt ngực (Chest Pains/Angina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bệnh gan (Liver Disease)	<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"/>																																																																																																																																						
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"/>																																																																																																																																						
Gần đây tăng cân (Recent Weight Gain)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Viêm khớp (Arthritis)	<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"/>																																																																																																																																						
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"/>																																																																																																																																						
Thường xuyên mệt mỏi (Frequently Tired)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ngất xỉu/Đột quỵ (Fainting/Seizures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																						
Gần đây sụt 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"/>	Bệnh thần kinh (Mental Health Disorder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																						
Máu có bệnh (Blood Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																									
Viêm gan/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"/>																																																																																																																																									
13) Em có đang bị bất cứ bệnh, tình huống, hoặc vấn đề gì chưa được liệt kê ra? (Does he/she have any disease(s), conditions, or problems not listed?) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Xin kê khai ra đây (Please list): _____																																																																																																																																											

THUỐC MEN (MEDICATIONS)

Hiện em có dùng thuốc kê sau đây không?
(Is he/she taking any of the following?)

	Có	Không
1) Thuốc 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 phiền muộn (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 học) (Alcohol/Drugs (chemically dependent))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Thuốc viên ăn kiêng (Diet pills)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Vitamin/Thảo dược bồi bổ (Vitamin/herbal supplements)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Các loại thuốc khác (Other medications)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ý kiến (Comments) _____		

DỊ ỨNG (ALLERGIES)

Em có bị dị ứng hoặc đã từng bị phản ứng với bất cứ những gì kể sau?
(Is he/she 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) Thuốc 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) Thuốc ngủ các loại (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 các loại thuốc gây mơ màng (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 em có đang đau răng không? (Is he/she having dental pain?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Quý vị có nghĩ rằng nếu em có vấn đề không? (Do you think he/she has gum problems?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Em có thấy có tiếng lách cách, đau nhức hàm hoặc ngay phía trước tai mình không? (Does he/she notice popping, clicking, soreness of the jaw or just in front of your ears?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Em có tham gia các hoạt động thể thao nào có sự va chạm không? (Is he/she involved in any contact sports?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Em có đánh răng đều đặn mỗi ngày không? (Do you brush daily?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Em có xỉa răng bằng chỉ nha khoa mỗi ngày không? (Does he/she floss daily?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Em có bao giờ gặp rắc rối với thuốc gây tê tại chỗ không? (Has he/she ever had problems with local anesthetic?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Trong quá khứ, việc nhổ răng cho em có bao giờ gặp khó khăn không? (Has he/she ever had any difficult extractions (tooth removal) in the past?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Em có bao giờ bị chảy máu dài lâu sau khi nhổ răng không? (tooth removal?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Lần khám răng trước của em khi nào? (When was his/her last dental visit?)		
11) Lần cuối quý vị đi khám răng đó đã làm gì? (What was done at his/her last dental visit?) _____		

Phụ Nữ (WOMEN)

	Có	Không
1) Cô ấy hiện có đang mang thai không? (Is she pregnant?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Cô ấy có đang cho con bú sữa mẹ không? (Is she nursing?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Cô ấy có đang hoặc đã bị rối loạn kinh nguyệt không? (Does she have or has she had menstrual problems?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Cô ấy hiện có uống thuốc ngừa thai không? (Is she taking birth control pills?)	<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) _____