

患者姓名:

姓

第一名字

中間名字

性別: () 男 () 女 婚姻狀況: () 已婚 () 單身 () 兒童 () 其他:

社會安全密碼#: _____ - _____ - _____

出生日期: _____ / _____ / _____

地址: _____

市, 州 _____ 郵遞區號: _____

電話 (手機#1): _____

(手機 #2): _____

雇主: _____

工作電話: _____

電子郵件: _____

緊急聯繫人/電話/關係: _____

主要語言: _____

醫學健康史

1 就診原因/要關注什麼地方: _____ *最後一次看牙醫的日期: _____

2 醫生有沒有開過血液稀釋劑或骨密度藥物等處方籤? Yes / No

Fosama 福善美/Plavix 氯吡格雷/Coumadin 華法林/Aspirin 阿司匹林

3 您是否有過敏? Yes / No

Aspirin 阿司匹林/Penicilin 青黴素/Codeine 可待因/Latex 乳膠/ Local Anesthetic 局部麻醉/ 其他: _____

4 牙科治療後你有過任何併發症嗎? Yes / No

若有, 請解釋: _____

5 您是否在過去兩年內住院過或有任何急診? Yes / No

請說明: _____

6 你現在有任何醫生照顧嗎? Yes / No 若有, 請說明:

醫師姓名: _____ 辦公室名稱: _____ 電話號碼: _____

7 你有任何心臟問題嗎: Yes / No 若有, 請說明: _____

8 你有沒有被告知你需要看牙醫前需預先吃藥 (抗生素): Yes / No

9 女性 - 你現在有或者可能懷孕嗎? Yes / No 若有, 預產期: _____ 孕期: 1st 2nd 3rd

*****曾經疾病史:**

愛滋病 是 Y/ 否 N	過度出血 是 Y/ 否 N	肝病 是 Y/ 否 N	使用香菸 是 Y/ 否 N
過敏:	昏暈 是 Y/ 否 N	精神疾病 是 Y/ 否 N	結核 是 Y/ 否 N
	青光眼 是 Y/ 否 N	神經疾病 是 Y/ 否 N	腫瘤 是 Y/ 否 N
貧血 是 Y/ 否 N	生長疾病 是 Y/ 否 N	心臟起搏器 是 Y/ 否 N	潰瘍 是 Y/ 否 N
哮喘 是 Y/ 否 N	心臟雜音 是 Y/ 否 N	放射治療 是 Y/ 否 N	
血液病 是 Y/ 否 N	花粉過敏 是 Y/ 否 N	呼吸系統的問題	其他
癌症 是 Y/ 否 N	高血壓或低血壓 是 Y/ 否 N	風濕症 是 Y/ 否 N	
I 型或 II 型糖尿病 是 Y/ 否 N	肝炎 A/B/C 是 Y/ 否 N	鼻竇問題 是 Y/ 否 N	
頭暈 是 Y/ 否 N	黃疸 是 Y/ 否 N	胃問題 是 Y/ 否 N	()*** 沒有***
癲癇 是 Y/ 否 N	腎臟疾病 是 Y/ 否 N	中風 是 Y/ 否 N	

*****您目前正在服用任何藥物嗎? () 沒有 () 有**

如果有, 請列出: _____

據我所知, 所有前面提供的答案和信息都是真實無誤的。如果我的健康狀況有任何變化, 我會在下次預約時通知醫生。

患者簽名

日期

(如果患者是未成年人, 父母或監護人)

MAN DENTAL 財務政策

我們致力於為您提供最好的齒科照顧。在職務權限之內，我們可以給予的幫助是在您的牙科保險裡，為您分析何為最大的允許福利。為了實現這些目標，我們需要您的幫助以及您對我們的付款政策的理解。

_____ **Initial 草簽**—付款應在服務當日，包括任何掛號費 (Deductible) 或隨診費 (Co-Pay)。我們接受下列付款形式：

- 1 現金
- 2 信用卡- Master Card/ Visa/American Express/ Discover
- 3 Care Credit- (醫療信用卡. 提供單獨的信貸額度，以滿足您整個家庭的醫療保健需求。(請向辦公室工作人員詢問更多信息)

_____ **Initial 草簽**— 餘額超過 60 天的帳戶將上交给代收欠款公司 Cornerstone Collection Agency。如果您有需要，我們可以接受 Care Credit 提供的償付計畫方案。一旦帳戶被提交給代收欠款公司，醫患關係被視為終止。您的紀錄將被轉介給您選擇的其他牙醫。

_____ **Initial 草簽**—保險請款

- 您需要提醒我們並完全公開您所有的牙科保險計畫。我們將與您的保險公司聯繫，詢問您的資格和福利，因此我們將在您初次問診時需要您提供所有保險信息。我們將盡最大努力 足您的需求，並為您提供保險，在您開始治療之前告知您隨診費 (C o- P a y) 以及 與您預約相關的任何其他費用；並遵守以下規定：
- 您需要預先支付全額的隨診額 (Co-Pay)。我們將為您計算總金額並向您顯示費用明細。您將事先了解治療所需的任何額外付款。
- **最終，您的帳戶欠款餘額是您的責任。**雖然我們會盡最大努力獲取有關您的資格和福利的準確信息，但在極少數情況下，保險公司不會總是向我們提供最新信息，從而導致不準確。在這種情況下，我們將要求您支付餘額。**您的保單是純粹建立於您和您的保險公司關係上，**我們並無法完全知情。我們提供醫療信用卡 Care Credit 作為付款計劃選項；請隨時詢問我們的員工如何申請。
- 我們將允許 60 天的期限，您可以在我們通知您到期後支付餘額。如果您未在規定的時間內付款，您的帳戶將被視為逾期。

通過在下面簽名，我證明我已經閱讀了上述信息。若有任何問題也與診所人員討論過相關政策。我的簽名也證明了我對上述政策的理解和認同。我理解我應對保險未支付的所有費用負責。

簽名

日期

家长/法律监护人同意牙科治疗

未成年人同意法

如果牙医有未成年患者，并且该未成年患者最终需要在典型的牙齿清洁服务之外进行恢复性工作
或治疗，则牙医必须先获得儿童父母或监护人的许可，然后才能合法开始治疗。此类许可应始终
正确记录在未成年人的患者病历中。不能亲自带孩子到场的父母可以让孩子携带签好的许可说明书，
以允许牙医进行所有必要的工作。如果父母无法传递许可说明书，并且不在儿童的牙科诊所现场，
牙医则必须在进行任何治疗之前与儿童父母或法定监护人通过电话获得许可。如果孩子的父母离异，
则必须征得有合法监护权的父母的同意。

被独自留下的未成年人

在某些情况下，未成年人在接受治疗时可能会合法地独自留在牙科诊所。例如，如果未成年人
超过 10 岁，则在看牙医时可能会被单独留下。对于常规的牙科治疗程序（例如填补，氟化物处理或
清洁），只有在父母或监护人允许的情况下，并可以通过电话联系，未成年人才可以独自留在牙科
诊所。如果父母和法定监护人提前与牙医联系安排，孩子也可能独自被留在牙科诊所或完全没有父
母陪同。**请注意，在您离开期间牙科治疗或会根据情况改变。**

我已阅读上述条款/条件并完全理解并且将尽我所能。我了解，在紧急情况下，我也可以针对上述未成
年人出示书面同意，并在任何时候都可以与我联系。

未成年人姓名

日期

父/母姓名

签名

(或监护人)



T: (909) 590 2229

家长/法律监护人同意牙科治疗

_____ 未成年人姓名	_____ 生日
_____ 父母/监护人	(____)____ - ____ 电话

授权看护人的信息

_____ 授权看护人姓名	(____)____ - ____ 家庭电话	(____)____ - ____ 移动电话
------------------	---------------------------	---------------------------

上述授权看护人员已获得包括上面提到的孩子（们）在我不在期间需要签署所有可能牙科治疗同意书的权利，我同意支付所有授权看护人员授权给我的孩子的服务费用。

如果情况允许和/或如果 MAN DENTAL 需要与我联系，请通过以下电话号码与我联系：
(____)____ - ____

该同意书是 MAN DENTAL 对上述儿童的治疗许可。该授权有效期至 _____：从签署之日起一 (1) 年。
或者
至 ____/____/____ (列出月/日/年)

该授权将在上述日期之前一直有效 - 除非以书面形式撤消此授权，并在此日期之前将其提交给 MAN DENTAL。

签名: _____ **日期:** _____
父母或监护人(请勾选一方)

证人签名: _____ **日期:** _____



T: (909) 590 2229

隱私聲明政策通知書

您可以拒絕簽署這一通知書

我
其檢閱。

收到了隱私聲明政策通知書，我有賦予機會對

簽名: _____ 日期: _____

僅限診所使用 / For Office Use Only

我們試圖取得我們的《隱私聲明》政策通知的書面確認書，但由於以下原因而無法獲得確認：We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- 個人拒絕簽名 Individual refused to sign
- 溝通障礙而無法獲得確認書 Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- 因某種緊急情況使我們無法獲得確認書 An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- 其他（請註明） Other (Please Specify)

隱私聲明政策通知書

(請仔細閱讀並隨身攜帶)

根據 2013 年健康保險流通與責任法案 (HIPAA)，我們需要通知您我們的隱私聲明政策。我們使用您提供給我們的個人和健康信息來評估您的病情並在我們的診所內提供治療。只有醫生和員工才能訪問您的個人和健康信息。未經您的同意或非醫療相關目的，您的信息不會發布給第三者。

我們可能會將您的信息提供給保險計劃，第三方賬單服務或直接賠償計劃以進行收取款項。我們可能會將您的信息提供給代收欠款公司。我們可能會向藥房提供您的處方籤服內容。我們可能會將您的資料提供給相關醫療保健提供者，以便進行諮詢或轉診。如果您 100% 自費，您有權要求您的信息不要發佈到您的健康計劃中，除非出於治療目的或法律的要求。

您有權獲得我們隱私聲明政策的書面副本。您有權查看，修改和獲取您的記錄副本。您有權投訴侵犯隱私權。我們必須獲得您的同意書才能透露您的資訊給任何療程，付款或醫療保健情況等。如果您受保護的健康資料遭到破壞，我們會與您聯繫。

如果您想了解有關我們隱私聲明政策的更多信息，有疑問或顧慮，或者您擔心我們可能侵犯了您的隱私權，請聯繫：MAN DENTAL 總經理，電話：909-590-2229。

通過隱私聲明政策同意書的確認表，您已經允許我們發布您個人和健康信息，用於醫療保健，牙科諮詢，轉診，賬單，收款和藥物處方。如果您拒絕簽署收據確認表，我們將無法使用您的牙科保險作為付款方式。