NEWTON BUI, D.D.S. & ASSOCIATES

COSMETIC, IMPLANT & FAMILY DENTISTRY
14331 Euclid St., Suite 101, Garden Grove, CA 92843 | (714) 554-4413 | Fax (714) 554-2154

NEW PATIENT INFORMATION AND HEALTH HISTORY
(THÔNG TIN BỆNH NHÂN VÀ TIỀN SỬ SỨC KHỎE)

PATIENT INFORMATION (Thông tin bệnh nhân)

Legal name _____ Preferred name _____
(Họ và tên pháp lý) (Tên thường gọi)

Date of birth _____ Sex at birth: ☐ F ☐ M ☐ Other
(Ngày sinh) (Giới tính khi sinh:) (Nữ) (Nam) (Khác)

Address _____ City/State/ZIP _____
(Địa chỉ) (Thành phố/Tiểu bang/Mã ZIP)

Mobile _____ Home phone _____
(Điện thoại di động) (Điện thoại nhà)

Email _____ Preferred language _____
(Ngôn ngữ ưu tiên)

Occupation _____ Employer _____
(Nghề nghiệp) (Nơi làm việc)

EMERGENCY CONTACT AND GUARDIAN (Liên hệ khẩn cấp và người giám hộ)

Name _____ Relationship _____ Phone _____
(Họ tên) (Mối quan hệ) (Điện thoại)

If minor - parent/guardian _____ Relationship _____
(Nếu là trẻ vị thành niên - cha/mẹ/người giám hộ) (Mối quan hệ)

FINANCIALLY RESPONSIBLE PARTY (Người chịu trách nhiệm tài chính)

Name _____
(Họ tên)

Relationship to patient (Mối quan hệ với bệnh nhân)
☐ Self (Bản thân) ☐ Spouse (Vợ/chồng)
☐ Child (Con) ☐ Other (Khác): _____

Address if different _____ Phone _____
(Địa chỉ nếu khác) (Điện thoại)

PRIMARY DENTAL INSURANCE (Bảo hiểm nha khoa chính)

Insurance company _____ Phone _____
(Tên hãng bảo hiểm) (Điện thoại)

Subscriber name _____ Subscriber DOB _____ Relationship _____
(Tên người đăng ký) (Ngày sinh) (Mối quan hệ)

Member ID _____ Group number _____
(Mã thành viên) (Số nhóm)

Subscriber employer _____
(Nơi làm việc của người đăng ký)

SECONDARY DENTAL INSURANCE - IF APPLICABLE (Bảo hiểm nha khoa phụ - nếu có)

Insurance company _____ Subscriber name _____
(Tên hãng bảo hiểm) (Tên người đăng ký)

Member ID _____ Group number _____
(Mã thành viên) (Số nhóm)

PHYSICIAN, PHARMACY, AND MEDICATIONS (Bác sĩ, nhà thuốc và thuốc đang dùng)

Physician _____ Phone _____
(Bác sĩ gia đình) (Điện thoại)

Pharmacy _____ Phone _____
(Nhà thuốc) (Điện thoại)

Current medications, vitamins/herbals, and medication/material allergies or reactions:
(Thuốc đang dùng, vitamin/thảo dược, và dị ứng hoặc phản ứng với thuốc/vật liệu:)

_____

NEWTON BUI, D.D.S. & ASSOCIATES

COSMETIC, IMPLANT & FAMILY DENTISTRY
14331 Euclid St., Suite 101, Garden Grove, CA 92843 | (714) 554-4413 | Fax (714) 554-2154

MEDICAL AND DENTAL HISTORY (TIỀN SỬ SỨC KHỎE VÀ NHA KHOA)

MEDICAL CONDITIONS - CHECK ALL THAT APPLY (Tình trạng sức khỏe - đánh dấu tất cả mục phù hợp)

- ☐ Heart disease/angina (Bệnh tim/đau thắt ngực)
- ☐ High blood pressure (Cao huyết áp)
- ☐ Heart murmur (Âm thổi tim)
- ☐ Stroke/TIA (Đột quỵ/TIA)
- ☐ Bleeding disorder (Rối loạn chảy máu)
- ☐ Blood thinner use (Dùng thuốc loãng máu)
- ☐ Asthma/lung disease (Hen/bệnh phổi)
- ☐ Sleep apnea/CPAP (Ngưng thở khi ngủ/CPAP)
- ☐ Seizures/epilepsy (Co giật/động kinh)
- ☐ Diabetes (Tiểu đường)
- ☐ Thyroid disorder (Rối loạn tuyến giáp)
- ☐ Kidney disease (Bệnh thận)
- ☐ Liver disease/hepatitis (Bệnh gan/viêm gan)
- ☐ Infectious disease (Bệnh truyền nhiễm)
- ☐ HIV/AIDS (HIV/AIDS)
- ☐ Cancer (Ung thư)
- ☐ Chemotherapy/radiation (Hóa trị/xạ trị)
- ☐ Arthritis/autoimmune (Viêm khớp/tự miễn)
- ☐ Osteoporosis (Loãng xương)
- ☐ Bisphosphonate/denosumab (Bisphosphonate/denosumab)
- ☐ Joint replacement (Thay khớp nhân tạo)
- ☐ Anxiety/depression (Lo âu/trầm cảm)
- ☐ Tobacco/vape use (Hút thuốc/vape)
- ☐ Alcohol/substance concern (Lo ngại rượu/chất gây nghiện)
- ☐ Pregnant/nursing (Mang thai/cho con bú)
- ☐ Other _____ (Khác)

Explain checked items _____
(Giải thích các mục đã đánh dấu)

CURRENT CONCERNS AND DENTAL CARE (Mối quan tâm hiện tại và chăm sóc nha khoa)

Main concern today _____ (Mối quan tâm chính hôm nay)
Last dental visit _____ (Lần khám nha gần nhất)

Previous dentist _____ (Nha sĩ trước đây)
Phone _____ (Điện thoại)
Date of last X-rays _____ (Ngày chụp X-quang gần nhất)

How did you hear about us? ☐ Family/Friend (Name: _____) ☐ Insurance ☐ Internet ☐ Other: _____
(Bạn biết đến phòng nha qua:) (Gia đình/Bạn bè - Tên) (Bảo hiểm) (Khác)

TREATMENT SAFETY QUESTIONS (Câu hỏi an toàn điều trị)

Currently under medical care? ☐ Yes (Có) ☐ No (Không)
(Bạn có đang được bác sĩ điều trị không?)

Ever hospitalized or had major surgery? ☐ Yes (Có) ☐ No (Không)
(Bạn đã từng nhập viện hoặc phẫu thuật lớn chưa?)

Ever had prolonged or excessive bleeding? ☐ Yes (Có) ☐ No (Không)
(Bạn đã từng bị chảy máu kéo dài hoặc quá nhiều chưa?)

Reaction to anesthetic, penicillin, or medication? ☐ Yes (Có) ☐ No (Không)
(Phản ứng với thuốc tê, penicillin hoặc thuốc khác?)

Need antibiotics before dental treatment? ☐ Yes (Có) ☐ No (Không)
(Bạn có cần dùng kháng sinh trước khi làm nha khoa không?)

Pacemaker or implanted medical device? ☐ Yes (Có) ☐ No (Không)
(Bạn có máy tạo nhịp tim hoặc thiết bị y khoa cấy ghép không?)

Other health information the dentist should know? ☐ Yes (Có) ☐ No (Không)
(Có điều gì khác về sức khỏe mà nha sĩ nên biết không?)

Explanation: _____
(Giải thích)

_____

DENTAL HISTORY (Tiền sử nha khoa)

Check all that apply (Đánh dấu tất cả mục phù hợp)

- ☐ Pain (Đau răng)
- ☐ Sensitivity (Nhạy cảm)
- ☐ Bleeding gums (Chảy máu nướu)
- ☐ Grinding/clenching (Nghiến/cắn chặt răng)
- ☐ Dry mouth (Khô miệng)
- ☐ Dental anxiety (Lo âu nha khoa)
- ☐ Dentures (Răng giả)
- ☐ Implants (Implant)
- ☐ Orthodontic treatment (Chỉnh nha)
- ☐ None (Không có)

I certify that the information above is complete and accurate and agree to report relevant changes.
(Tôi xác nhận thông tin trên đầy đủ, chính xác và đồng ý thông báo những thay đổi liên quan.)

Patient/parent/guardian signature _____ (Chữ ký bệnh nhân/cha mẹ/người giám hộ)
Date _____ (Ngày)
Relationship _____ (Mối quan hệ)

NEWTON BUI, D.D.S. & ASSOCIATES

COSMETIC, IMPLANT & FAMILY DENTISTRY
14331 Euclid St., Suite 101, Garden Grove, CA 92843 | (714) 554-4413 | Fax (714) 554-2154

PRIVACY, COMMUNICATION, AND FINANCIAL AGREEMENT (THỎA THUẬN VỀ QUYỀN RIÊNG TƯ, LIÊN LẠC VÀ TÀI CHÍNH)

COMMUNICATION PREFERENCES (Lựa chọn liên lạc)

The practice may contact me using the methods selected below.
(Phòng nha có thể liên lạc với tôi bằng các phương thức được chọn dưới đây.)

☐ Phone call (Gọi điện) ☐ Detailed voicemail (Lời nhắn chi tiết) ☐ Text message (Tin nhắn SMS) ☐ Email ☐ Postal mail (Thư bưu điện)

Preferred phone _____ (Số điện thoại ưu tiên)

Preferred email _____ (Email ưu tiên)

FAMILY/FRIENDS COMMUNICATION - SELECT ONE (Trao đổi với gia đình/bạn bè - chọn một)

☐ Allow discussion of my care/payment with anyone who identifies as family or a friend.
(Cho phép trao đổi về chăm sóc/thanh toán với bất kỳ ai tự nhận là người nhà hoặc bạn bè.)

☐ Allow discussion of my care/payment only with the people selected below.
(Chỉ cho phép trao đổi về chăm sóc/thanh toán với những người được chọn dưới đây.)

☐ Spouse (Vợ/chồng) ☐ Parents (Bố/mẹ) ☐ Children (Con)

☐ Siblings (Anh/chị/em ruột) ☐ Other (name/relationship): _____ (Khác (họ tên/mối quan hệ))

☐ Do not discuss my care/payment with anyone, regardless of relationship.
(Không trao đổi về chăm sóc/thanh toán với bất kỳ ai, bất kể mối quan hệ.)

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGMENT (Xác nhận Thông báo về Quyền Riêng tư)

I acknowledge that I was offered or provided the practice Notice of Privacy Practices. This acknowledgment does not authorize uses or disclosures beyond those otherwise permitted by law.

(Tôi xác nhận đã được cung cấp hoặc được đề nghị cung cấp Thông báo về Quyền Riêng tư của phòng nha. Xác nhận này không cho phép sử dụng hoặc tiết lộ thông tin ngoài phạm vi pháp luật cho phép.)

FINANCIAL AND INSURANCE AGREEMENT (Thỏa thuận tài chính và bảo hiểm)

I authorize the practice to verify benefits, submit claims, communicate with my dental plan, appeal claims when appropriate, and disclose information reasonably necessary for payment and insurance matters. I assign available dental benefits directly to Newton Bui, D.D.S. & Associates when permitted by my plan.

(Tôi cho phép phòng nha kiểm tra quyền lợi, gửi yêu cầu thanh toán, liên hệ với chương trình bảo hiểm nha khoa, kháng nghị khi thích hợp và cung cấp thông tin cần thiết hợp lý cho việc thanh toán và bảo hiểm. Tôi chuyển quyền nhận quyền lợi nha khoa trực tiếp cho Newton Bui, D.D.S. & Associates khi chương trình cho phép.)

Eligibility checks and predeterminations are estimates and do not guarantee payment. I am responsible for deductibles, copayments, noncovered services, limitations, exclusions, and any remaining balance allowed under applicable contracts and law. Insurance does not replace my financial responsibility.

(Việc kiểm tra quyền lợi và dự tính trước chỉ là ước tính, không bảo đảm khoản thanh toán. Tôi chịu trách nhiệm về khoản khấu trừ, đồng thanh toán, dịch vụ không được bảo hiểm, giới hạn, loại trừ và số dư còn lại được phép theo hợp đồng và pháp luật. Bảo hiểm không thay thế trách nhiệm tài chính của tôi.)

Unless other arrangements are approved, the estimated patient portion is due according to the practice payment policy. If my plan pays me directly, I will promptly forward payment intended for services provided by the practice.

(Trừ khi có thỏa thuận khác được chấp thuận, phần chi phí ước tính của bệnh nhân phải được thanh toán theo chính sách của phòng nha. Nếu hãng bảo hiểm trả trực tiếp cho tôi, tôi sẽ chuyển ngay khoản tiền dành cho dịch vụ của phòng nha.)

PATIENT ACKNOWLEDGMENT (Xác nhận của bệnh nhân)

I have read, understand, and agree to the selections and terms above.
(Tôi đã đọc, hiểu và đồng ý với các lựa chọn và điều khoản nêu trên.)

Patient/responsible party signature _____ (Chữ ký bệnh nhân/người chịu trách nhiệm)

Date _____ (Ngày)

Printed name _____ (Họ tên viết rõ)

Relationship _____ (Mối quan hệ)

OFFICE USE - ACKNOWLEDGMENT NOT OBTAINED (Dành cho văn phòng nếu không lấy được xác nhận)

Reason _____ (Lý do)

Staff initials _____ (Chữ ký tắt nhân viên)

NEWTON BUI, D.D.S. & ASSOCIATES

COSMETIC, IMPLANT & FAMILY DENTISTRY

14331 Euclid St., Suite 101, Garden Grove, CA 92843 | (714) 554-4413 | Fax (714) 554-2154

GENERAL DENTAL TREATMENT ACKNOWLEDGMENT AND CONSENT (XÁC NHẬN VÀ ĐỒNG Ý CHĂM SÓC NHA KHOA TỔNG QUÁT)

PURPOSE OF THIS FORM (Mục đích của mẫu này)

This form documents general consent for examinations, diagnostic records, and routine dental care agreed upon with the dentist.

(Mẫu này ghi nhận sự đồng ý tổng quát cho việc khám, lập hồ sơ chẩn đoán và chăm sóc nha khoa thường quy đã thống nhất với nha sĩ.)

INFORMATION AND QUESTIONS (Thông tin và câu hỏi)

When applicable, the dentist will explain the diagnosis, recommended treatment, expected benefits, material risks, reasonable alternatives, and likely consequences of declining treatment. I may ask questions before deciding.

(Khi phù hợp, nha sĩ sẽ giải thích chẩn đoán, điều trị đề nghị, lợi ích dự kiến, rủi ro quan trọng, lựa chọn hợp lý và hậu quả có thể xảy ra nếu từ chối điều trị. Tôi có thể đặt câu hỏi trước khi quyết định.)

EXAMINATIONS AND DIAGNOSTIC RECORDS (Khám và hồ sơ chẩn đoán)

I authorize examinations and diagnostic records reasonably necessary for my care, including radiographs, photographs, periodontal measurements, study models, and other appropriate tests.

(Tôi cho phép khám và thực hiện hồ sơ chẩn đoán cần thiết hợp lý, gồm phim X-quang, hình ảnh, đo nha chu, mẫu hàm và các xét nghiệm phù hợp khác.)

MEDICATIONS AND LOCAL ANESTHESIA (Thuốc và gây tê tại chỗ)

Routine care may involve local anesthetic or prescribed medications. I will disclose allergies, medications, pregnancy, and relevant health changes. Material risks will be discussed when applicable.

(Chăm sóc thường quy có thể cần thuốc tê hoặc thuốc kê toa. Tôi sẽ khai báo dị ứng, thuốc đang dùng, thai kỳ và thay đổi sức khỏe liên quan. Rủi ro quan trọng sẽ được giải thích khi phù hợp.)

CHANGES IN TREATMENT (Thay đổi điều trị)

Conditions not apparent during examination may be discovered during care. The dentist will explain material changes.

(Trong quá trình chăm sóc có thể phát hiện tình trạng không thấy được lúc khám.
Nha sĩ sẽ giải thích thay đổi quan trọng.)

NO GUARANTEE (Không bảo đảm)

Dentistry is not an exact science. No guarantee has been made regarding results, comfort, longevity, insurance coverage, or exact cost. Estimates may change when additional conditions or treatment needs are identified.

(Nha khoa không phải là khoa học chính xác tuyệt đối.
Không có bảo đảm về kết quả, sự thoải mái, thời gian sử dụng, quyền lợi bảo hiểm hoặc chi phí chính xác.
Ước tính có thể thay đổi khi phát hiện thêm tình trạng hoặc nhu cầu điều trị.)

PATIENT ACKNOWLEDGMENT (Xác nhận của bệnh nhân)

I have read and understand this form, had an opportunity to ask questions, and received answers. I authorize examinations, diagnostic records, and routine dental care agreed upon with my dentist.

(Tôi đã đọc và hiểu mẫu này, đã có cơ hội đặt câu hỏi và được giải đáp. Tôi đồng ý cho khám, lập hồ sơ chẩn đoán và chăm sóc nha khoa thường quy đã thống nhất.)

Patient/parent/legal guardian signature _____ Date _____ Relationship _____
(Chữ ký bệnh nhân/cha mẹ/người giám hộ) (Ngày) (Mối quan hệ)

Printed name _____ Dentist signature/initials _____ Date _____
(Họ tên viết rõ) (Chữ ký/tên viết tắt của nha sĩ) (Ngày)