

Alliance Dental and Orthodontics
450 Sutter St. Suite 808 San Francisco, CA 94108 Tel:415 986-2626
www.alliancedentalandorthodontics

Bing Elliot Xia, DDS

Katina Le, DDS

Josef Huang, DDS

Thank you for selecting our dental team! To help us meet your dental needs please fill out the following information.

Whom May We Thank for Referring You? 我们应该感谢谁介绍您来?

Friend/Relative 亲朋 (名字): _____ *S.F. Examiner; SF Weekly; Chinese Yellow Pages 华人工商; Direct Mail; Chinese TV; Chinese Radio; Internet Google / Yahoo / Citysearch; Singtao Newspaper 星岛日报; 星岛黄页; World Journal; AT&T Pacific Bell Yellow Pages; Postcard; Other* _____

Getting To Know You 关于您

First Name _____ Last Name _____
Gender _____ Birthdate _____ If the patient is a child,
parent's name _____
Marital Status _____ SS# _____
Street Address _____
City _____ State _____ Zip _____
Home Phone # _____ Work # _____
Cell # _____ Email Address _____
Employer /Address _____
Previous Dentist _____
Last Visit Date _____

Primary Dental Insurance 第一保险

Insurance Company Name _____
Group Number _____
Insured's Name _____ Relation _____
Insured's Birthdate _____ SS# _____
Contact Phone #: _____
Employer _____
Date Insurance Policy was Started _____

Spouse's Information 伴侣

Spouse's name _____ Birthdate _____
SS# _____ Work # _____
Employer /Address _____

Secondary Dental Insurance 第二保险

Insurance Company Name _____
Group Number _____
Insured's Name _____ Relation _____
Insured's Birthdate _____ SS# _____
Contact Phone #: _____
Employer _____
Date Insurance Policy was Started _____

Emergency Information

Nearest Relative (not living with you) _____
Phone # _____ Work # _____

Authorization

I authorize and give consent to the performance of dental services for myself or my dependent. I give consent to any necessary or advisable dental procedures, medications, or anesthetics to be administered by the attending dentist or by the supervised staff for diagnostic purposes or dental treatment. I understand that using anesthetic agents embodies certain risks. I authorize my insurance company to pay to the dentist or dental group all insurance benefits otherwise payable to me for services rendered. I authorize the use of this signature on all insurance submissions. I authorize the dentist to release all information necessary to secure the payment of benefits. I understand that I am finally responsible for payment of services rendered, regardless of insurance coverage.

Patient Signature _____ Date _____

I hereby acknowledge that I have received copies of the following notices: The Dental Board of California Dental Materials Fact Sheet, and the HIPPA Privacy Form 1 Notice of Privacy Practices.

Patient Signature _____ Date _____

健康記錄

I. 選擇適當答案 (若不知道請留空):

- | | | |
|------|---|--|
| 1. 是 | 否 | 您的健康是否良好? |
| 2. 是 | 否 | 過去一年您的健康有沒有改變? |
| 3. 是 | 否 | 過去三年有沒有住院或患重病?
如果有, 什麼原因? _____ |
| 4. 是 | 否 | 您現在是否在接受醫生治療? 什麼原因? _____
上次全身檢查是何時: _____ 上次牙科檢查是何時: _____ |
| 5. 是 | 否 | 牙齒治療之後是否有過問題? |
| 6. 是 | 否 | 您現在有無痛楚? |

II. 您曾否有下列症狀或疾病:

- | | | | | | |
|-------|---|-----------------|-------|---|-----------|
| 7. 是 | 否 | 胸痛 (狹心病)? | 18. 是 | 否 | 頭暈? |
| 8. 是 | 否 | 腳踝腫? | 19. 是 | 否 | 耳鳴? |
| 9. 是 | 否 | 呼吸急促? | 20. 是 | 否 | 頭痛? |
| 10. 是 | 否 | 最近體重減輕, 發燒, 夜汗? | 21. 是 | 否 | 暈眩? |
| 11. 是 | 否 | 咳嗽, 咳血? | 22. 是 | 否 | 眼花? |
| 12. 是 | 否 | 流血問題, 容易發癢? | 23. 是 | 否 | 癲癇 (羊癲瘋) |
| 13. 是 | 否 | 鼻竇問題? | 24. 是 | 否 | 極度口渴? |
| 14. 是 | 否 | 吞食問題? | 25. 是 | 否 | 尿頻? |
| 15. 是 | 否 | 腹瀉, 便秘, 便血? | 26. 是 | 否 | 口乾? |
| 16. 是 | 否 | 嘔吐, 噁心? | 27. 是 | 否 | 黃膽? |
| 17. 是 | 否 | 小便困難, 尿血? | 28. 是 | 否 | 關節疼痛, 僵硬? |

III. 您現在或過去是否有下列疾病:

- | | | | | | |
|-------|---|-------------------------|-------|---|--------------------------|
| 29. 是 | 否 | 心臟衰弱? | 40. 是 | 否 | 愛滋病? |
| 30. 是 | 否 | 心臟病發作, 心臟有缺陷? | 41. 是 | 否 | 腫瘤? 癌症? |
| 31. 是 | 否 | 心雜音? | 42. 是 | 否 | 風濕性關節炎? |
| 32. 是 | 否 | 風濕熱? | 43. 是 | 否 | 眼病? |
| 33. 是 | 否 | 中風, 血管硬化? | 44. 是 | 否 | 皮膚病? |
| 34. 是 | 否 | 高血壓? | 45. 是 | 否 | 貧血? |
| 35. 是 | 否 | 哮喘, 肺結核, 肺氣腫或其
他肺疾病? | 46. 是 | 否 | 家族中有無糖尿病, 心臟
病, 腫瘤病史? |
| 36. 是 | 否 | 肝炎或其他肝病? | 47. 是 | 否 | 皰疹? |
| 37. 是 | 否 | 胃病(潰瘍)? | 48. 是 | 否 | 腎病, 膀胱病? |
| 38. 是 | 否 | 食物, 藥物過敏? _____ | 49. 是 | 否 | 甲狀腺, 腎上腺病? |
| 39. 是 | 否 | 性病 (梅毒, 淋病)? | 50. 是 | 否 | 糖尿病? |

IV. 您現在或過去是否有下列的疾病或治療:

- | | | | | | |
|-------|---|---------|-------|---|--------|
| 51. 是 | 否 | 精神病治療? | 56. 是 | 否 | 住院? |
| 52. 是 | 否 | 放射性治療? | 57. 是 | 否 | 輸血? |
| 53. 是 | 否 | 化學治療? | 58. 是 | 否 | 手術? |
| 54. 是 | 否 | 人工心臟瓣膜? | 59. 是 | 否 | 心律調節器? |
| 55. 是 | 否 | 人工關節? | 60. 是 | 否 | 隱形眼鏡? |

V. 您現在是否服用:

- | | | | | | |
|-------|---|----------------------------------|-------|---|--------------------|
| 61. 是 | 否 | 迷幻藥? | 63. 是 | 否 | 飲酒? |
| 62. 是 | 否 | 處方藥品, 一般藥品 (包
括: 阿司匹林) 或天然藥材? | 64. 是 | 否 | 香煙, 雪茄或其他煙草
製品? |

請說明: _____

我已經盡我所知完整及準確地回答上述每一個問題。若有任何身體狀況或服藥方面的變化, 我將通知我的牙科醫生。

簽名: _____ 日期: _____

復診:

- | | |
|--------------|-----------|
| 1. 簽名: _____ | 日期: _____ |
| 2. 簽名: _____ | 日期: _____ |
| 3. 簽名: _____ | 日期: _____ |