

# Bing Elliot Xia DDS

931 San Bruno Ave W. Suite 8 San Bruno CA 94066

Tel: 415 986-2626 415 542-8217(國粵語)

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): \_\_\_\_\_ Direct Mail; Internet; *Singtao Newspaper* 星岛日报

**Getting To Know You** 关于您

First Name 名 \_\_\_\_\_ Last Name 姓 \_\_\_\_\_

Gender 性别 \_\_\_\_\_ Birth Date 生日 \_\_\_\_\_ If the patient is a child, Parent's Name \_\_\_\_\_

Marital Status \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Street Address 地址 \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Home Phone # 電話 \_\_\_\_\_ Work # \_\_\_\_\_

Cell # \_\_\_\_\_ Email Address \_\_\_\_\_

Employer /Address \_\_\_\_\_

## Spouse's Information 伴侣

Spouse's name \_\_\_\_\_ Birth Date \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_ Work # \_\_\_\_\_

Employer /Address \_\_\_\_\_

## 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 / Guardian Signature 簽名 \_\_\_\_\_ Date 日期 \_\_\_\_\_

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 / Guardian Signature 簽名 \_\_\_\_\_ Date 日期 \_\_\_\_\_

## Primary Dental Insurance 第一保險

Insurance Company Name \_\_\_\_\_

Group # \_\_\_\_\_

Insured's Name \_\_\_\_\_ Relation \_\_\_\_\_

Insured's Birth date \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Contact Phone #: \_\_\_\_\_

Employer \_\_\_\_\_

Date Insurance Policy was Started \_\_\_\_\_

## Secondary Dental Insurance 第二保險

Insurance Company Name \_\_\_\_\_

Group Number \_\_\_\_\_

Insured's Name \_\_\_\_\_ Relation \_\_\_\_\_

Insured's Birth date \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Contact Phone #: \_\_\_\_\_

Employer \_\_\_\_\_

Date Insurance Policy was Started \_\_\_\_\_

## 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, 容易發癩?     | 23. 是 否 癲癩 (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<br>他肺疾病? | 46. 是 否 家族中有無糖尿病, 心臟<br>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 迷幻葯?                           | 63. 是 否 飲酒?                |
| 62. 是 否 處方藥品, 一般藥品(包<br>括: 阿司匹林)或天然藥材? | 64. 是 否 香煙, 雪茄或其他煙草<br>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: \_\_\_\_\_