



NEMS MRN:

NAME:

Date of Birth:

**DENTAL HISTORY**  
**TIỀN SỬ NHA KHOA**

|                                                                                                                                                                                                         | Yes                      | No                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                                                                                                                                                         | Có                       | Không                    |
| Do you have or have you had any problem(s) with dental treatment in the past?<br><i>Có vấn đề gì với việc điều trị nha khoa trước đây không?</i>                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Do you need pre-medicated with antibiotic before dental appointment in the past?<br><i>Trước đây đã từng dùng thuốc kháng sinh trước khi hẹn khám răng?</i>                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Has there been any change in your general health in the last two years?<br><i>Có bất kỳ thay đổi nào về sức khỏe tổng quát của quý vị trong hai năm qua không?</i>                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Have you taken any medication for osteoporosis? If yes, for how long? _____<br><i>Quý vị đã sử dụng bất kỳ thuốc nào để trị chứng loãng xương chưa? Nếu CÓ, trong bao lâu?</i>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Are you now under the care of a physician? If yes, physician's name: _____<br><i>Bây giờ quý vị có đang được bác sĩ chăm sóc không? Nếu CÓ, tên Bác sĩ:</i>                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Any serious illness, operations, or hospitalizations in the last 5 years? If yes, please describe:<br><i>Có bệnh nặng, phẫu thuật hoặc nhập viện nào trong 5 năm qua không? Nếu CÓ, vui lòng mô tả:</i> |                          |                          |

| Approximate date of last physical exam?<br><i>Lần khám sức khỏe cuối cùng gần nhất là ngày nào?</i>                      | Yes                      | No                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                                                                          | Có                       | Không                    |
| _____ / _____ / _____                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Females: are you pregnant? If yes, how many months?<br><i>Phụ nữ: quý vị có đang mang thai? Nếu CÓ, bao nhiêu tháng?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____                                                                                                                    |                          |                          |
| Are you taking any of the following <i>Quý vị có đang dùng bất kỳ loại thuốc nào sau đây</i>                             |                          |                          |

|                                                                                      | Yes                      | No                       |                                                  | Yes                      | No                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                                      | Có                       | Không                    |                                                  | Có                       | Không                    |
| Blood pressure medication<br><i>Thuốc điều trị huyết áp</i>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Heart drugs<br><i>Thuốc Tim</i>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antibiotics <i>Thuốc kháng sinh</i>                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Insulin <i>Thuốc đường huyết Insulin</i>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anticoagulants (blood thinners)<br><i>Thuốc chống đông máu (Thuốc làm loãng máu)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cortisone (steroids)<br><i>Hóc môn Cortisone</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Other medications <i>Các loại thuốc khác</i> _____                                   |                          |                          |                                                  |                          |                          |

| Have you had a bad reaction to the following: <i>Quý vị có phản ứng xấu với những điều sau đây không?</i> |                          |                          |                                                   |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                                                           | Yes                      | No                       |                                                   | Yes                      | No                       |
|                                                                                                           | Có                       | Không                    |                                                   | Có                       | Không                    |
| Local anesthetics (novocaine, lidocaine)<br><i>Gây tê cục bộ (Novocaine, Lidocaine)</i>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aspirin or codeine<br><i>Aspirin hoặc Codeine</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penicillin or other antibiotics<br><i>Penicillin hoặc các Kháng Sinh khác</i>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Latex allergy<br><i>Dị ứng với nhựa mủ</i>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Other medication <i>Các loại thuốc khác</i> _____                                                         |                          |                          |                                                   |                          |                          |

| Do you now have, or have you had any of the following? <i>Quý vị hiện có hoặc quý vị đã có bất kỳ điều nào sau đây hay không?</i> |                          |                          |                                             |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                                                                                   | Yes                      | No                       |                                             | Yes                      | No                       |
|                                                                                                                                   | Có                       | Không                    |                                             | Có                       | Không                    |
| Asthma<br><i>Hen suyễn</i>                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hypertension<br><i>Cao huyết áp</i>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stomach ulcers<br><i>Loét dạ dày</i>                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Recreational drugs<br><i>Thuốc giải trí</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                   |                          |                          | Stroke<br><i>Đột quỵ</i>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                   |                          |                          | Kidney disease<br><i>Bệnh thận</i>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



NEMS MRN:

NAME:

Date of Birth:

**DENTAL HISTORY**  
**TIỀN SỬ NHA KHOA**

|                                                                                 | Yes                                              | No                       |                                                                               | Yes                      | No                       |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                                 | Có                                               | Không                    |                                                                               | Có                       | Không                    |
| Hemophilia or anemia<br><i>Bệnh máu khó đông hoặc thiếu máu</i>                 | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | Frequent severe headaches<br><i>Đau đầu nghiêm trọng thường xuyên</i>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HIV/AIDS <i>Bệnh tình dục HIV/AIDS</i>                                          | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | Breathing issues <i>Vấn đề về hô hấp</i>                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| High cholesterol <i>Cao Cholesterol trong máu</i>                               | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | Chronic sinus problems<br><i>Các vấn đề về xoang mãn tính</i>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chest pain/angina <i>Đau ngực/đau thắt ngực</i>                                 | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | Previous cancer <i>Bệnh ung thư trước đây</i>                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychiatric problems <i>Vấn đề về tâm thần</i>                                  | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | Artificial joint/implant<br><i>Phẫu thuật/cấy ghép khớp nhân tạo</i>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Abnormal bleeding after surgery<br><i>Chảy máu bất thường sau phẫu thuật</i>    | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | Heart attack/heart surgery<br><i>Nhồi máu cơ tim/phẫu thuật mở tim</i>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Developmental/intellectual disability<br><i>Khuyết tật phát triển/Trí tuệ</i>   | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | Thyroid disease or goiter<br><i>Bệnh tuyến giáp hoặc bướu cổ</i>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes or high blood sugar<br><i>Bệnh tiểu đường hoặc đường huyết cao</i>     | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | Radiation treatment for tumor<br><i>Điều trị phóng xạ cho khối u</i>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis, jaundice, liver disease<br><i>Viêm gan, vàng da, bệnh gan</i>        | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | Congenital heart disease<br><i>Bệnh tim bẩm sinh</i>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problems with opening mouth wide<br><i>Vấn đề với việc mở miệng rộng</i>        | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | Rheumatic fever or heart murmur<br><i>Sốt thấp khớp hoặc tiếng thổi ở tim</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Use tobacco products<br><i>Các sản phẩm thuốc lá đã qua sử dụng</i>             | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | Seizures, epilepsy, fainting<br><i>Có giật, động kinh, ngất xỉu</i>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tuberculosis, emphysema, bronchitis<br><i>Lao, tràn khí phổi, viêm phế quản</i> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |                                                                               |                          |                          |
| Other health problems or conditions                                             | <i>Các Vấn Đề hoặc Tình Trạng Sức Khỏe Khác:</i> |                          |                                                                               |                          |                          |

I have read and answered the above questions to the best of my knowledge. I understand this information is necessary to provide me with dental care in a safe and efficient manner. I will notify this clinic of any future changes in the health or medications taken by me.

*Tôi đã đọc và trả lời các câu hỏi trên theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu thông tin này là cần thiết để cung cấp cho tôi dịch vụ chăm sóc nha khoa một cách an toàn và hiệu quả. Tôi sẽ thông báo cho phòng khám này về bất kỳ thay đổi nào trong tương lai về sức khỏe hoặc thuốc mà tôi dùng.*

Signature of Patient or Legal Representative\*  
Chữ Ký của Nhân Hoặc Người Đại Diện Hợp Pháp

Date | Time  
Ngày | Giờ

Name of Legal Representative  
Tên của Người Đại Diện Hợp Pháp

Relationship of Legal Representative  
Mối Quan Hệ của Người Đại Diện Hợp Pháp

Signature of Witness (Required if patient is unable to sign)  
Chữ Ký của Người Làm Chứng (Bắt buộc nếu bệnh nhân không thể ký tên)

Date | Time  
Ngày | Giờ