



NEMS MRN:

NAME:

Date of Birth:

DENTAL HISTORY FOR PEDIATRIC PATIENTS
HỒ SƠ Y TẾ NHA KHOA CHO BỆNH NHÂN NHI

If you are a parent or guardian, please answer the following questions on behalf of the child. If you are a child filling out this form yourself, please answer the questions on your own behalf.

Nếu quý vị là cha mẹ hoặc người giám hộ, vui lòng trả lời các câu hỏi sau thay mặt cho trẻ. Nếu quý vị là trẻ tự điền vào biểu mẫu này, vui lòng tự mình trả lời các câu hỏi.

1. Do you have/does the child have or have had Quý vị có/hoặc bệnh nhân trẻ em có hoặc đã có:		
a. Any particular concerns about his/her/your mouth / teeth / overall oral health? Bất kỳ mối lo ngại đặc biệt nào về miệng/răng/sức khỏe răng miệng tổng thể không? If YES, please describe Nếu CÓ, đó là gì? _____	☐ Yes CÓ	☐ No Không
b. Any problem(s) with dental treatment in the past? Có vấn đề gì với việc điều trị nha khoa trước đây không	☐ Yes CÓ	☐ No Không
c. Any facial or head injuries? Có bị thương ở mặt hay đầu?	☐ Yes CÓ	☐ No Không
d. Special dental treatment(s) such as braces, jaw surgery, hospital dentistry, etc.? (Các) điều trị nha khoa đặc biệt như niềng răng, phẫu thuật hàm, nha khoa tại bệnh viện, v.v.?	☐ Yes CÓ	☐ No Không
e. Pre-medicated with antibiotic before dental appointment in the past? Trước đây đã từng dùng kháng sinh trước khi hẹn khám răng?	☐ Yes CÓ	☐ No Không
f. Been shown how to floss or brush? Có được hướng dẫn cách dùng chỉ nha khoa hoặc bàn chải đánh răng không?	☐ Yes CÓ	☐ No Không
2. Does the child/do you brush or floss? Trẻ/quý vị có dùng bàn chải hoặc chỉ nha khoa không? If YES, how often? Nếu CÓ, mức độ thường xuyên như thế nào? _____	☐ Yes CÓ	☐ No Không
3. Has there been any change in the child's or your general health in the last two years? Có bất kỳ thay đổi nào về sức khỏe chung của trẻ hoặc của quý vị trong hai năm qua không?	☐ Yes CÓ	☐ No Không
4. Approximate date of last physical exam? Lần khám sức khỏe cuối cùng gần nhất là ngày nào?	_____/_____/_____	



NEMS MRN:

NAME:

Date of Birth:

DENTAL HISTORY FOR PEDIATRIC PATIENTS
HỒ SƠ Y TẾ NHA KHOA CHO BỆNH NHÂN NHI

5. Is the child/are you now under the care of a physician? Trẻ/quý vị hiện tại có được bác sĩ chăm sóc hay không? If YES, Physician's name: Nếu CÓ, tên Bác sĩ: _____	☐ Yes CÓ	☐ No Không
6. Any serious illness, operations, or hospitalizations in the last 5 years? Có bệnh nặng, phẫu thuật hoặc nhập viện nào trong 5 năm qua không? If YES, please describe Nếu CÓ, vui lòng mô tả _____	☐ Yes CÓ	☐ No Không
7. Is the child/are you taking any medication(s)? Trẻ/quý vị có đang dùng bất kỳ (các) loại thuốc nào hay không? If YES, please describe Nếu CÓ, vui lòng mô tả _____	☐ Yes CÓ	☐ No Không
8. Is the child/are you allergic or has he/she/you reacted adversely to any medication or food? Trẻ/quý vị có bị dị ứng hay đã phản ứng bất lợi với bất kỳ thuốc hoặc thực phẩm nào hay không? If YES, please describe Nếu CÓ, vui lòng mô tả _____	☐ Yes CÓ	☐ No Không
9. PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS VUI LÒNG TRẢ LỜI CÁC CÂU HỎI SAU ĐÂY:		
a. Does the child/do you use tobacco products? Trẻ/quý vị có sử dụng các sản phẩm thuốc lá không?	☐ Yes CÓ	☐ No Không
b. Females: Is the child/are you pregnant? Nữ: Trẻ/quý vị có mang thai không?	☐ Yes CÓ	☐ No Không
10. Other Health Problems or Conditions Các Vấn Đề hoặc Tình Trạng Sức Khỏe Khác: _____ _____		



NORTH EAST
MEDICAL SERVICES
東北醫療中心

NEMS MRN:

NAME:

Date of Birth:

DENTAL HISTORY FOR PEDIATRIC PATIENTS
HỒ SƠ Y TẾ NHA KHOA CHO BỆNH NHÂN NHI

I HAVE READ AND ANSWERED THE ABOVE QUESTIONS TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE. I UNDERSTAND THIS INFORMATION IS NECESSARY TO PROVIDE THE CHILD 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 THE CHILD.

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 BỆNH NHÂN NHI 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 TRẺ 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