



PATIENT INFORMATION

Today's Date 今天的日期 ____/____/____

Name 姓名 _____ Preferred 我喜歡使用的名字 _____
Mr. Mrs. Ms. Dr. Last name 姓 First 名 Middle 中間名

Birthdate 出生日期 _____ SSN 工卡號碼 ____/____/____ Driver's License # 駕照號碼 _____

Address 住址 _____
Street 街名 Apartment # 公寓 # City 城市 State 省 Zip 郵區號碼

Phone 電話號碼 () _____ Cell 手機號碼 () _____ Text ok? 可以發送短信嗎? ☐ Yes ☐ No

E-mail: 電子郵件地址 _____ @ _____ Appt emails ok? 可以發送關於你的約會的電子郵件嗎? ☐ Yes ☐ No

Sex 性別: ☐ M 男 ☐ F 女 Marital Status (optional): ☐ Single 單身的 ☐ Married 已婚 ☐ Other 其他

Name of Person Responsible for Account 負責帳戶人的姓名 _____ Relationship to Patient 關係 _____

Employer 雇主 _____ Occupation 工作 _____ Work Phone 工作電話號碼 () _____

Work Address 工作地址 _____ City 城市 _____ State 省 _____ Zip 郵區號碼 _____

Referred by 轉介人的姓名 _____ Relationship 關係 _____

Emergency Contact 在緊急情況聯絡人姓名 _____ Phone 電話號碼 () _____

INSURANCE INFORMATION 保險資料

Insured's Name 有牙科保險人的名字 _____ SS# 工卡號碼 ____/____/____ Birthdate 出生日期 _____

Subscriber's Employer Name and Address 雇主 _____ 電話號碼 () _____

Ins Co 牙科保險公司的名稱 _____ Group # _____ 電話號碼 () _____

Secondary Insurance? 你有沒有其他牙科保險? ☐ Yes 有 ☐ No 沒有 _____

OFFICE POLICIES: If you are unable to keep an appointment, please provide 48 hours advance notice so that the time may be given to another patient. We understand that emergencies do arise; however, **cancellations without 48 hour notice and broken appointment may result in a charge of \$50.00.**

I, the undersigned patient and / or insured, have been informed of the treatment, materials and associated fees. I, in requesting examination and treatment on myself or my dependent, consent and authorize the release of all the information to any Health Service Plan or Insurance company I designate to **Dentalhome Atlanta, P.C.** I hereby authorize and direct payment of the dental benefits directly to **Dentalhome Atlanta, P.C.** otherwise payable to me.

I hereby consent to the treatment indicated on my examination form, including the use of any anesthetics &/or x-rays, deemed necessary by the dentist. I understand that the total fee for dental services is my responsibility, regardless of what benefits I do or do not receive from my insurance company. I also understand that payment is expected at the time of service, unless financial arrangements are made in advance; and that all overdue accounts may result in late fees and finance charges.

Patient's or Legal Guardian's Signature 簽名 _____ Name (print) _____ Date 日期 _____

DENTAL HISTORY 牙科資料

What type of dental care 你想要: ☐ 健康牙科 Routine ☐ 美容牙科 Cosmetic (whitening, Invisalign, Smile design) ☐ 只要修理破碎的牙

Pain? 你現在有牙痛嗎? ☐ Yes 有 ☐ No 沒有 Last visit 最後一次訪問牙醫 _____ Last x-rays 最後一次牙科 X 光 _____

Why change 為什麼要新牙科診所? _____ Former Dentist 以前的牙醫姓名 _____ 電話號碼 () _____

Bleeding gums? 你的牙肉會流血嗎? ☐ Yes 是 ☐ No 否 TMJ pain? 你的顎關節(顫下頷關節)有沒有過? ☐ Yes 是 ☐ No 否

Sugar? 你的含糖食品或飲料? ☐ H 多 ☐ M 中等 ☐ L 少 Abx proph? 牙科治療之前,你必須使用抗生素嗎? ☐ Yes 是 ☐ No 否

Want whiter teeth? 你想漂白牙齒嗎? ☐ Yes 是 ☐ No 否 Improve your smile? 你想改善什麼牙齒嗎? ☐ Yes 是 ☐ No 否

How often do you floss? 你每個星期用牙線幾次? _____ How often do you brush? 你每天刷牙幾次? _____

Types of toothbrush bristles? 你用的牙刷的刷毛類型? ☐ Soft 軟 ☐ Medium 中等 ☐ Hard 硬 ☐ Don't know 不知道

Had any of the following 請選擇你有過的治療? ☐ Wisdom Teeth Surgery 智慧牙手術 ☐ Braces 牙齒矯正 ☐ Gum 牙肉手術 ☐ Denture 假牙

Grind? 你磨的牙齒嗎? ☐ Yes 是 ☐ No 否 Problems with previous dental work? 你以往的牙科治療有沒有問題? ☐ Yes 有 ☐ No 沒有

MEDICAL HISTORY 醫療資料

Physician 醫生的姓名 _____ Phone 電話號碼 () _____ Fax 傳真號碼 () _____
 Address 地址 _____ Date of last visit 最後一次見醫生 _____

Are you currently under the care of a physician due to an illness? 你現在因有病見醫生嗎? ☐ Yes 有 ☐ No 沒有

Are you taking any prescription/ over-the-counter or herbal supplement drugs? Please list each one: _____ 你現在有沒有服用任何藥 或 處方藥 或 草藥 或 補充藥物? ☐ Yes 有 ☐ No 沒有 如果有, 請說明: _____

Please indicate with a check mark ☐ if you ever had taken any of the following: 請選擇 ☐ 下列任何你有服用過的藥物:

☐ Fosamax, Boniva, Actonel 骨質疏鬆藥? (也稱為 bisphosphonates) ☐ Phen-Fen 減肥藥? (也稱為 redux 或 pondilmin)

For women: 婦女們: Are you taking birth control pills? 你是否服用避孕藥? ☐ Yes 是 ☐ No 否
 Are you pregnant or nursing? 你是否懷孕或哺乳? ☐ Yes 是 ☐ No 否

Please indicate with a check mark ☒ if you ever had any of the following: 請選擇 ☒ 下列任何你有過的疾病或醫療問題:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| ☐ Abnormal bleeding 異常出血 | ☐ Congenital Heart Defect 先天性心臟缺損 * | ☐ Herpes/Fever Blisters 皰疹 / 熱水泡 | ☐ Rheumatic / Scarlet Fever 風濕熱/猩紅熱 |
| ☐ Alcohol/drug abuse 濫用酒精 / 藥物 | ☐ Cortisone treatments 可的松治療 | ☐ High Blood Pressure 血壓高 | ☐ Seizures 緝獲 (*) |
| ☐ Anemia 貧血 | ☐ Diabetes 糖尿病 (*) | ☐ HIV+ / AIDS 艾滋病 | ☐ Shingles 帶狀皰疹 |
| ☐ Arthritis/Rheumatism 關節炎 / 風濕病 | ☐ Difficulty Breathing 呼吸困難 | ☐ Hospitalized 住院-以任何理由 | ☐ Sickle Cell Disease 鎌狀細胞疾病 |
| ☐ Artificial heart valve 人工心臟瓣膜 * | ☐ Emphysema 肺氣腫 | ☐ Kidney Problems 腎臟問題 | ☐ Sinus Problems 竇問題 |
| ☐ Artificial joints/ bones 人造關節 / 骨骼 * | ☐ Epilepsy 癲癇(*) | ☐ Liver Disease 肝病 | ☐ Stroke 中風 |
| ☐ Asthma 哮喘 (*) | ☐ Fainting Spells 昏厥 | ☐ Low Blood Pressure 低血壓 | ☐ Thyroid Problems 甲狀腺問題 |
| ☐ Back problems 背部疼痛 | ☐ Frequent Headaches 經常頭疼 | ☐ Infective endocarditis 感染性心內膜炎 * | ☐ Tobacco Use 吸煙/服用煙草 |
| ☐ Blood transfusion 輸血 | ☐ Glaucoma 青光眼 | ☐ Mitral Valve Prolapse 二尖瓣脫垂 | ☐ Tuberculosis (TB) 肺結核 |
| ☐ Cancer/chemotherapy/radiation therapy 癌症 / 化療 / 放射治療 | ☐ Hay Fever 花粉症 | ☐ Pacemaker 心臟起搏器 | ☐ Ulcers 潰瘍 |
| ☐ Colitis 結腸炎 | ☐ Heart Attack 心臟病發作 | ☐ Psychiatric Problems 精神問題 | ☐ Venereal Disease 性病 |
| | ☐ Heart Murmur 心雜音 | | ☐ Other 其他 |
| | ☐ Heart Surgery 心臟手* | | |
| | ☐ Hemophilia 血友病 | | |
| | ☐ Hepatitis 肝炎 | | |

Are you allergic to any of the following? 你對以下任何藥物或東西過敏嗎?

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Aspirin 阿司匹林 | ☐ Jewelry 珠寶 | ☐ Sulfa 磺胺 |
| ☐ Codeine 可待因 | ☐ Latex gloves 乳膠手套 | ☐ Tetracycline 四環素 |
| ☐ Dental anesthetics 牙科麻醉劑 | ☐ Metals 鐵 或 鎳 或 金屬 | ☐ Other 其他 |
| ☐ Erythromycin 紅黴素 | ☐ Penicillin 青黴素 | |

The above information is accurate and complete to the best of knowledge. I will not hold my dentist or any member of his/her staff responsible for any errors or omissions that I may have made in the completion of this form. I understand that it is my responsibility to inform this office of any changes in my medical status.

我已經盡我所知回答上述問題。如果我有任何身體狀況或藥物改變, 告知我的牙醫是我的責任。

Patient's Signature 簽名 _____ Name (print) _____ Date 日期 _____



Our Financial Policy 我们的财务政策

ABOUT FINANCIAL ARRANGEMENTS AND DENTAL INSURANCE

关于财务安排和牙科保险

我们致力于为您提供最好的护理。如果您有牙科或医疗保险，我们急于帮助您获得最大允许福利，为了实现这些目标，我们需要您的帮助和您对我们的付款政策的理解。在提供服务时支付服务费用。我们将接受现金，支票和所有主要信用卡。我们也接受护理信用付款计划。我们很乐意帮助您处理您的保险索赔。任何此类要求必须附有完整的保险表格和每次拜访时的更新。退还30天以上的支票和余额需支付25美元的费用和额外的收款费用。在没有提前48小时通知的情况下，可能会因违约和约会而取消收费。我们很乐意讨论您提出的治疗方案，并回答与您的保险有关的任何问题。但是，您必须意识到：

1. 你的保险是你，你的雇主和保险公司之间的合同。我们不是该合同的一方
2. 我们的费用通常被认为在大多数公司的可接受范围内，因此被覆盖到每个承运人确定的最大限额。这仅适用于支付“U.C.R.”的百分比（例如 50%或 80%）的公司。被定义为通常的，习惯的和合理的。“
3. 本声明不适用于根据任意“收费时间表”偿还费用的公司，这些费用与当前的标准没有关系，也没有与该领域的医疗费用相关
4. 并非所有服务都是所有合同中的承保利益。一些保险公司擅自选择某些他们不会涵盖的服务
5. 在您提交索赔后六十天内，您将对保险金未支付的余额承担全部责任。您将收到我们的账单，显示未结余额。我们很乐意提供任何文件，以帮助您直接从保险公司收取报销费用

我们必须强调，作为牙齿保健提供者，我们的关系与你而不是你的保险公司。虽然提交保险索赔是我们向病人提供的礼遇，但所有费用都是您从提供服务之日起的责任。我们意识到暂时的财务问题可能会影响您的帐户的及时支付。如果出现此类问题，我们鼓励您立即联系我们以获得管理您帐户的帮助。如果您对上述信息有任何疑问，或对您的保险范围有任何不确定性，请不要犹豫，问我们。我已阅读并理解财务政策：

Signature 签名: _____ Date 日期: _____/_____/_____



Consent for Services 同意服务

我在此授权医生或指定人员拍摄 X 光片，研究模型，照片以及医生认为合适的任何其他诊断辅助工具，以对牙科需求进行彻底诊断

经过这样的诊断后，我授权医生执行双方同意的所有推荐治疗，并根据需要使用此类辅助以提供适当的护理

我同意在必要时使用麻醉剂，镇静剂和其他药物。我完全理解使用麻醉剂会带来一定的风险。我明白我可以要求对任何可能的并发症进行完整的叙述

最后，我同意负责支付代表我或我的家属提供的所有服务，无论保险范围如何。我理解并同意我对保险公司在提交索赔后六十天内未支付的任何部分账单负责。我理解付款是在服务时间到期的。如果付款未在约定日期收到，我明白可能会在帐户中添加 1.5% 的滞纳金（18% 年利率）

如果这个账户必须转交给收款人，那么我将负责该机构收取的所有收款费用

Signature 签名

____/____/____
Date 日期

Relationship to patient 与患者的关系

Acknowledgement of Receipt of Privacy Practices and HIPAA Statement 确认收到隐私惯例和 HIPAA 声明

我已收到隐私惯例通知副本以及上述惯例的 HIPAA 声明副本。我还授权 Dentalhome @ Gwinnett Place 将我的信息发布到：（如果没有人，我们可以说，请把无和签字）

Name 姓名: _____ 与患者的关系: _____

Name 姓名: _____ 与患者的关系: _____

Name 姓名: _____ 与患者的关系: _____

Name 姓名: _____ 与患者的关系: _____

____/____/____
Date 日期

Relationship to patient 与患者的关系

Signature 签名



ELECTRONIC COMMUNICATIONS CONSENT FORM

电子通讯同意书

我承认我已阅读并完全理解风险，限制，使用条件和说明 使用所选择的电子通信服务在本许可附录中有更详细的描述 形成。我理解并接受本同意书附录中列出的与使用相关的风险 该服务与 **Dentalhome @ Gwinnett Place** 进行沟通。我同意这些条件，并将遵循 附录中概述的说明，以及医生可能施加的任何其他条件 与使用服务的父母/患者进行通信

我承认并理解，尽管建议将加密软件用作安全性 电子通信机制，可能与医生或医生沟通 使用服务的工作人员可能会或可能不会被加密。尽管如此，我同意与 **Dentalhome @ Gwinnett Place** 在充分了解风险的情况下使用这些服务。

我承认，我或牙科@格威内特广场可以随时撤销 在提供书面通知后通过服务进行电子通信，该通知将生效 收据，不包括事先通信。我曾经回答过的任何问题。**Dentalhome @ Gwinnett Place** 已提供使用这些 HIPPA 兼容电子通信（“服务”）的方式进行通信。我的偏好如下所示，选中“是”或“否”：

YES 是 ☐ NO 没有 ☐ EMAIL 电子邮件地址: _____ @ _____ .com

YES 是 ☐ NO 没有 ☐ 社交媒体：Facebook，Office 网站（Dentalhome @ Gwinnett Place 不会将社交媒体用于健康，账户，金融和保险信息）

YES 是 ☐ NO 没有 ☐ VOICEMAIL 语音邮件：(_____) _____ - _____

YES 是 ☐ NO 没有 ☐ TEXT 可以发送短信吗: (_____) _____ - _____

除以上针对社交媒体指出的情况外，将使用或披露的患者信息的具体描述：

YES 是 ☐ NO 没有 ☐ APPOINTMENT/ RECALL REMINDERS 预约/回拨提醒

YES 是 ☐ NO 没有 ☐ MEDICAL/DENTAL INFORMATION 医疗/牙医信息

YES 是 ☐ NO 没有 ☐ ACCOUNT/INSURANCE/BILLING 帐户/保险/计费

Patient Name 姓名: _____

Date 日期: ____ / ____ / ____

Patient Signature 签名: _____

Date 日期: ____ / ____ / ____

Witness 见证: _____

Date 日期: ____ / ____ / ____



Appendix: Risks of Using Electronic Communications 附录：使用电子通信的风险

Dentalhome @ Gwinnett Place (hereafter “DH@GP”) 将采用合理的方式保护使用服务发送和接收的信息的安全性和机密性（“服务”在所附的使用电子通信同意书中定义）。但由于下列风险，DH @ GP 不能保证电子通信的安全性和机密性:

- 使用电子通信讨论敏感信息会增加向第三方披露此类信息的风险
- 尽管通过合理的努力来保护电子通信的隐私和安全，但不可能完全保护信息
- 雇主和在线服务可能有合法权利检查并保留通过其系统的电子通信.
- 电子通信可能会将恶意软件引入计算机系统，并可能会破坏或破坏计算机，网络和安全设置
- 未经 CPD 或父母/法定监护人的知识或许可，电子通信可以被转发，截取，传播，存储甚至更改
- 即使在发件人和收件人已删除电子通信副本之后，计算机系统上也可能存在备份副本.
- 电子通信可根据报告义务或法院命令予以披露
- 使用诸如Skype或FaceTime等服务的视频会议可能比其他形式的视频会议更容易被拦截

If the email or text is used as an e-communication tool, the following are additional risks:

如果电子邮件或文本被用作电子通信工具，则会带来以下风险

- 电子邮件，短信和即时消息可能更容易被误导，从而导致意外和未知收件人收到的风险增加
- 电子邮件，短信和即时消息比手写或签名硬拷贝更容易伪造。验证发件人的真实身份或确保只有收件人在发送邮件后才能阅读邮件是不可行的

Conditions of using the Services 使用服务的条件

- DH @ GP 将尝试及时审核您的电子通信并作出回应，但 DH @ GP 无法保证所有电子通讯都将在特定时间内得到审核和回复。本服务不会用于医疗紧急事件或其他时间敏感事项
- 如果您的电子通信需要或邀请 DH @ GP 的回复，并且您没有在合理的时间内收到回复，则有责任跟进以确定目标收件人是否收到电子通信，以及收件人何时会回复
- 电子通讯不适合替代亲自或电话通讯或临床检查，或在需要时出席急诊部门。您有责任跟进 DH @ GP 的电子通讯并在需要时安排预约
- 有关诊断或治疗的电子通信可能会全部打印或转录，并成为您医疗记录的一部分。被授权访问病历的其他人员（例如工作人员和结算人员）可以访问这些通信
- DH @ GP 可能会将电子通信转发给工作人员和参与交付和管理您的护理的人员。DH @ GP 可能会使用一项或多项服务与您的护理人员进行沟通。未经您事先书面同意，医师不会将电子通讯转发给第三方，包括家庭成员，除非法律授权或要求

- 除上述内容外，您同意告知 DH @ GP 您不希望通过服务发送的任何类型的信息。您可以随时通过书面通知 DH @ GP 来添加或修改上述列表。• 某些服务可能不会用于治疗目的或传达临床信息。在适用的情况下，这些服务的使用将仅限于教育，信息和管理目的
- 由于与软件或互联网服务提供商相关的技术故障，DH @ GP 不负责信息丢失

Instructions for communication using the Services 使用服务进行通信的指示

To communicate using the Services, you must: 要使用服务进行通信，您必须：

- 合理限制或避免使用雇主或其他第三方的计算机
- 及时通知 DH @ GP 家长/法定监护人的电子邮件地址，手机号码或通过服务进行通信所需的其他帐户信息的任何更改

If the Services include email, instant messaging and/or text messaging, the following applies:

如果服务包括电子邮件，即时消息和/或文本消息，则以下内容适用：

- 在消息的主题行中包含适当的通信性质描述（例如“处方续订”）以及消息正文中的全名
- 检查所有电子通讯，以确保其清晰，并且在发送给 DH @ GP 之前提供所有相关信息
- 确保 DH @ GP 在您收到来自 DH @ GP 的电子通讯时，例如通过回复信息或允许发送“已读回执”
- 采取预防措施以保护电子通信的机密性，例如使用屏幕保护程序和保护计算机密码
- 仅通过电子邮件或书面通讯方式提交给 DH @ GP
- 如果您或您的孩子需要即时援助，或者您的孩子的病情严重或迅速恶化，则不应依赖服务。相反，您应该致电 DH @ GP 的办公室或采取其他适当的措施，例如去最近的急诊部门或紧急护理诊所
- 除以上规定之外的其他使用条件：（父母/法定监护人的初始）

我已阅读，理解并接受本附录中描述的风险，条件和说明：

Patient Name 姓名: _____

Date 日期: ____ / ____ / ____

Patient Signature 签名: _____

Date 日期: ____ / ____ / ____

Witness 见证: _____

Date 日期: ____ / ____ / ____