

## Health History – Child

Information is for our records only and will be kept confidential

Patient ID Label

TÊN CỦA TRẺ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ HÔM NAY NGÀY \_\_\_\_\_  
Họ Tên Tên đệm

NGÀY SINH: \_\_\_\_\_ GIỚI TÍNH:  Nam  Nữ

TÊN CHA MẸ \_\_\_\_\_ ĐIỆN THOẠI \_\_\_\_\_

NẾU NGƯỜI ĐIỀN MẪU NÀY KHÔNG PHẢI LÀ CHA MẸ, MỐI QUAN HỆ CỦA QUÝ VỊ VỚI BỆNH NHÂN LÀ GÌ? \_\_\_\_\_

TÊN BÁC SĨ \_\_\_\_\_ NGÀY KHÁM SỨC KHỎE GẦN NHẤT \_\_\_\_\_

ĐỊA CHỈ CỦA BÁC SĨ: \_\_\_\_\_

VUI LÒNG LIỆT KÊ TẤT CẢ CÁC LOẠI THUỐC MÀ CON QUÝ VỊ ĐANG DÙNG: \_\_\_\_\_

CON QUÝ VỊ CÓ ĐANG Ở TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE TỐT KHÔNG?  Có  Không

CON QUÝ VỊ CÓ BỊ BỆNH NẶNG HOẶC PHẪU THUẬT GÌ KHÔNG?  CÓ  KHÔNG

NẾU "CÓ", BỆNH HOẶC PHẪU THUẬT ĐÓ LÀ GÌ? \_\_\_\_\_

CON QUÝ VỊ CÓ TIỀN SỬ MẮC BẤT KỲ BỆNH HOẶC VẤN ĐỀ NÀO SAU ĐÂY KHÔNG? (Đánh dấu vào ô Có)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Van tim bị hỏng hoặc van tim nhân tạo | <input type="checkbox"/> Tiểu đường             | <input type="checkbox"/> Truyền máu                     |
| <input type="checkbox"/> Tiếng thổi tim                        | <input type="checkbox"/> Viêm gan, bệnh vàng da | <input type="checkbox"/> Rối loạn máu                   |
| <input type="checkbox"/> Tổn thương tim bẩm sinh               | <input type="checkbox"/> Bệnh lao               | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS                       |
| <input type="checkbox"/> Dị ứng với _____                      | <input type="checkbox"/> Ho liên tục            | <input type="checkbox"/> Rối loạn ức chế miễn dịch khác |
| <input type="checkbox"/> Vấn đề về xoang                       | <input type="checkbox"/> Động kinh              | <input type="checkbox"/> Dễ bị bầm tím                  |
| <input type="checkbox"/> Hen suyễn                             | <input type="checkbox"/> Ngất hoặc co giật      | <input type="checkbox"/> Chu kỳ kinh nguyệt không đều   |
| <input type="checkbox"/> Cảm mạo                               | <input type="checkbox"/> Vấn đề tâm thần        | <input type="checkbox"/> Mang thai                      |
| <input type="checkbox"/> Nổi mề đay hoặc phát ban trên da      | <input type="checkbox"/> Ung thư                | <input type="checkbox"/> Chảy máu bất thường            |
|  | <input type="checkbox"/> ADHD                   |   |

CON QUÝ VỊ CÓ TIỀN SỬ DỊ ỨNG HOẶC PHẢN ỨNG BẤT LỢI VỚI THUỐC KHÔNG? (Đánh dấu vào ô Có)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Thuốc gây tê cục bộ | <input type="checkbox"/> Penicillin            | <input type="checkbox"/> Codein hoặc bất kỳ thuốc gây nghiện nào khác |
| <input type="checkbox"/> I-ốt                | <input type="checkbox"/> Thuốc kháng sinh khác | <input type="checkbox"/> Thuốc giảm đau cho trẻ em                    |
| <input type="checkbox"/> Thuốc sulfa         |  | <input type="checkbox"/> Thuốc khác                                   |

Con quý vị có gặp rắc rối gì với việc điều trị nha khoa trước đây không?  CÓ  KHÔNG

(Nếu có, vui lòng giải thích)

Con của quý vị có bị bệnh, tình trạng hoặc ốm đau nào khác mà quý vị cảm thấy chúng tôi nên biết không? (Nếu có, vui lòng giải thích)

Thông tin trên là chính xác và đầy đủ theo hiểu biết của tôi. Tôi sẽ không yêu cầu nha sĩ của tôi hoặc bất kỳ nhân viên nào của họ chịu trách nhiệm về bất kỳ sai sót hoặc thiếu sót nào mà tôi có thể đã gây ra khi hoàn thành biểu mẫu này.

Chữ ký của Cha mẹ/Người giám hộ

Tên của thông dịch viên viết hoa

Chữ ký của thông dịch viên

Chữ ký của nha sĩ/ Ngày