WesternU Health

新患者注册

患者信息：

姓氏：	名字：	中间名首字母：
出生日期：	**SSN**（后 **4** 位）：	
地址：		
家庭电话：	手机号码：	
工作电话：	电子邮件：	
首选电话号码： ☐家庭☐ 手机☐ 工作		

我们需要以下信息，以便我们的员工在与您交谈时使用最尊重的语言，并更好地了解我们的患者群体。请选择这些问题的最佳答案，以便我们更好地为您服务。谢谢您。
首选姓名：
代词：☐她/她的 ☐他/他的 ☐他们/他们的 ☐姓名 ☐拒绝回答
出生时指定的性别：☐ 女性☐ 男性☐ 不详☐ 拒绝回答
性别认同：☐ 女性☐ 男性☐ 跨性别女性☐ 跨性别男性☐ 非二元性别 ☐X ☐拒绝回答
婚姻状况：☐ 单身☐已婚☐恋人☐ 同居伴侣☐分居 ☐ 离婚☐ 丧偶☐ 拒绝回答☐ 其他
族裔：☐ 西班牙裔或拉丁裔☐ 非西班牙裔或非拉丁裔☐ 不详 ☐ 拒绝回答
种族：☐ 亚裔☐ 白人☐ 黑人或非裔美国人☐ 美洲印第安人☐ 阿拉斯加原住民 ☐ 夏威夷原住民☐ 太平洋岛民☐ 不详☐ 拒绝回答☐ 其他
退武军人：☐是☐ 否☐拒绝回答

就业：

☐未成年人☐ 全职☐ 兼职☐ 未受雇☐ 退休☐ 学生☐ 现役军人☐拒绝回答	
雇主：	地址：
您是 **WesternU** 的员工吗？☐是☐ 否	您是 **WesternU** 的学生吗？☐是☐ 否

紧急情况联系人：

如果您的紧急情况联系人与您同住，请列出您的家庭电话以外的其他号码。 *未成年人必须将父母或法定监护人列为主要紧急情况联系人。*	
紧急情况联系人（首要）：	
关系：	电话号码：
紧急情况联系人（次要）：	
关系：	电话号码：

_____（姓名首字母）**同意治疗：**我在此请求并授权 WesternU Health 提供和执行对保持我的健康和福祉必要或有益的医疗/外科护理、测试、程序、药物和其他服务和用品。我理解，本同意是在任何特定服务之前提供的，但其目的是使 WesternU Health 能够就适当的医疗护理做出最佳判断，这样做可能是保护我的生命所必需的。

_____（姓名首字母）**福利转让：**我在此将原本应支付给我的所有外科和/或医疗福利（如有）直接转让给 WesternU Health，以偿付所提供的服务。我理解，我对所有保险未支付的费用负有财务责任。

_____（姓名首字母）**期待行为：**我明白，我有责任尊重在 WesternU Health 的其他人的财物。我也知道，我应以礼貌和尊重的态度对待 WesternU Health 的教职工和学生。针对文化、种族或性别作出不适当行为或评论是不能容忍的，并且会导致我失去作为 WesternU Health 患者的资格。

签名：	日期：
父母或监护人姓名：	关系：

WesternU Health
Pomona

今天的日期：_____

儿童牙科医学史问卷

为了帮助 WesternU CDM 学生、教员安全有效地治疗您的孩子，请向我们提供以下信息：

您孩子的姓名：_____ 出生日期：_____

1. 习惯使用的名字：_____
2. 医师姓名：_____ 医师编号：_____
3. 身高 ____ 英尺_____ 英寸或 _____厘米 体重 _____ 磅或 _____ 公斤
4. 父母的姓名和年龄：_____
5. 兄弟姐妹的姓名和年龄：_____
6. 谁和孩子住在一起？_____
7. 家庭健康史：_____
8. 您的孩子总体健康状况如何？_____
9. 您的孩子是否有或曾经出现过以下任何一种情况？

☐ 人工（人工心脏瓣膜）	☐ 支气管炎，COPD，肺气肿	☐ 情绪疾病的治疗
☐ 既往感染性心内膜炎	☐ 睡眠呼吸暂停	☐ 任何其他脑部/神经病况
☐ 移植心脏瓣膜损伤	☐ 持续性咳嗽	☐ 牙医或针头恐惧
☐ 先天性心脏病 (CHD)	☐ 哮鸣	☐ 糖尿病
☐ 心脏移植	☐ 其他肺部疾病	☐ 甲状腺疾病
☐ 任何其他心脏问题	☐ 肝炎	☐ 关节炎
☐ 小腿痛性痉挛/水肿	☐ 肝硬化	☐ 肾脏疾病
☐ 贫血	☐ 黄疸	☐ 透析
☐ 镰状细胞病/特征	☐ 胆囊结石/疾病	☐ 排尿困难
☐ 出血性疾病	☐ GERD/反流/溃疡/烧心	☐ 尿频
☐ HIV/艾滋病	☐ 便秘/腹泻	☐ 器官移植
☐ 白血病	☐ 便中带血/黑便	☐ 癌症
☐ 任何其他血液疾病	☐ 经常呕吐	☐ 放射治疗
☐ 服用血液稀释剂	☐ 癫痫、昏晕、惊厥发作、癫痫发作	☐ 化疗
☐ 容易或经常瘀伤	☐ 多发性硬化症	☐ 性传播疾病 (STD)
☐ 经常感冒或感染	☐ 脑性麻痹	☐ 皮肤状况
☐ 结核病	☐ 自闭症	☐ 发热
☐ 哮喘	☐ 抑郁	☐ 非预期体重增加
☐ 任何其他病况		

10. 您的孩子是否曾经在医院住院过夜？ 是 否

如果是，请说明：_____

11. 您的孩子是否出现过异常出血？ 是 否

如果是，请说明：_____

12. 您的孩子是否对药物、食物、材料或麻醉剂过敏？ 是 否

如果是，请说明：_____

我证明我已阅读并理解此表格。我已就我所知完整准确地回答了每个问题。如果我孩子的健康和/或药物发生任何变化，我会通知 WesternU CDM 诊所。此外，我不会要求 WesternU CDM 诊所对我在填写此表格时可能出现的任何错误或遗漏负责。

您的签名：_____ 日期：_____

您的姓名_____

您和孩子的关系：_____

_____

表格审阅者：_____ 日期：_____

_____ 日期：

本同意书的签名电子版与原件具有同等效力

一般知情同意

一般信息：在本文档中，健康科学西部大学牙科医学院 (Western University of Health Sciences, College of Dental Medicine) 的临床场所被称为“WesternU CDM 诊所”。我选择接受 WesternU CDM 诊所提供的综合牙科护理。*我理解，**WesternU CDM 诊所可能无法满足我的治疗需要，并且 WesternU CDM 诊所可能不接受为我提供护理。***如果不接受为我提供护理，将向我提供一份本区域低收费牙科诊所名单。我也理解，牙科护理由牙科学生、持照牙科教员和训练有素的工作人员组成的团队提供。我进一步确认，已向我和/或我的受抚养人提供了一份*“牙科材料情况说明书”*。我理解，我可以就可能在牙科程序中使用的材料提问，例如汞合金、复合树脂、金属烤瓷和金合金，以及这些材料根据美国牙科协会指南的可接受性。另外，我确认诊所张贴了《*患者权利法案*》供查阅，此外我也收到了一份《隐私权通知》供查阅。

治疗计划： 我理解，我接受的*治疗计划*是对建议牙科治疗总费用的**估计数额**，在治疗过程中，此*治疗计划*可能因费用、材料或劳动力成本增加而更改和/或护理费用可能增加。另外，我确认随着治疗的进展，我的治疗计划可能更改，且我的治疗费用也可能随着新治疗计划更改。 我也理解，诊所鼓励我就治疗计划推荐的程序向牙医学生提问，我应当在同意该程序前提出这些问题。所有牙科程序均可能涉及风险或导致失败结果或并发症，不能保证会取得任何结果或治疗效果。作为患者、家长或监护人，我有权在任何提议的程序开始前同意或拒绝该程序。WesternU CDM 诊所也保留不进行我要求的特定治疗的权利。我进一步理解，在治疗时应支付费用，我负责支付治疗的总费用。我理解，如果我有牙科保险，该保险是我（即保单持有人）和保险公司之间的合同；因此，我负责支付我的保险不承保的所有费用。

营业时间后急诊护理：WesternU CDM 诊所临床场所的营业时间可能不同，但大多数场所的营业时间是星期一至星期五上午 8:00 至下午 4:30。如果在这些时间之后或在周末或节假日发生紧急情况或术后并发症，***我应该拨打该临床场所的主要诊所电话，会将我的电话转至代接电话服务台，以帮助我与我的牙医学生或值班牙医取得联系。*** 如果我不停地出血或出现以任何方式损害呼吸的肿胀，或任何威胁生命的紧急情况，我将直接前往当地急诊室寻求协助。

健康：如果我的健康状况发生任何变化、用药有变化或最近住院，我会通知我的牙医学生。如果我正在服用一种称为二膦酸盐的药物（例如 Fosamax®、Actonel®、Boniva®、Skelid®、Didronel®、Aredia®、Zometa® 和 Bonefos®），我将告知牙医学生，因为我可能有患颌骨骨坏死的风险，某些牙科治疗可能增加此类风险。

按时就诊： 我理解我有责任按时就诊，如果需要取消预约，须提前**至少 48 小时**通知。我还理解，如果我继续取消预约，或未提前足够的时间发出通知，我将不能继续在 WesternU CDM 诊所接受治疗。

期待行为：我明白，我有责任体谅和尊重其他患者和 WesternU CDM 诊所员工的权利。此外，我也明白，我有责任尊重在 WesternU CDM 诊所的其他人的财物。我也知道，我应以礼貌和尊重的态度对待 WesternU CDM 诊所的教职工和学生。针对文化、种族或性别作出不适当行为或评论是不能容忍的，并且会导致我失去作为 WesternU CDM 诊所患者的资格。

治疗中断：WesternU CDM 诊所保留中断我的治疗的权利。如果我的治疗终止，将向我退回未提供的服务的任何贷方余额。

牙科记录：我理解，牙科记录、X 光、照片、模型和与我在此处治疗相关的任何其他诊断辅助工具都是 WesternU CDM 诊所的财产。我确认，我有权检查这些记录和/或收到一份此类记录，或要求将这些记录发送给另一位医疗保健提供者。若要获取一份我的记录，我需要填写并签署一份**信息披露**书。 WesternU CDM 诊所可能就此项服务收取合理的行政费。 在此授权 WesternU CDM 诊所向我的保险公司提供我的牙科记录中的信息，以获得向我提供的治疗的费用偿付。

投诉：我理解，如果我的问题是牙医学生或牙科教员无法解决的问题，我可以联系WesternU CDM 诊所，与指定的患者护理协调员或场所管理员沟通。

安全：我理解，出于安全原因，WesternU CDM 诊所的各临床场所可能安装摄像头。

同意：我同意为制定我的拟议*治疗计划*接受检查、X 光、模型、拍照、诊断检测。我进一步同意在治疗计划中诊断并指明的任何治疗程序。 我同意，所有记录均是健康科学西部大学牙科医学院的财产，这些记录可能被用于教学目的或在科学出版物中发表，我无权获得任何经济补偿。

免责： 我理解，我的牙科护理未得到明示或暗示保证。 另外，我同意免除和豁免因牙医学生、牙科教员或 WesternU CDM 诊所依据本文提供的治疗导致或与此相关的所有索赔、损失或损害责任。

我在下方的签名表示，我已阅读并理解上述信息，我愿意遵守上述要求，并且我是患者、患者的家长或监护人，有权提供同意，或者我已被患者正式授权作为患者的总代理签署上述协议并接受其条款。

患者姓名_____ **日期**_____

患者/家长或监护人签名 _____

家长/监护人姓名（如适用） _____

证人签名（教员或学生） _____

本表的签名电子版与原件具有同等效力。

WesternU Health
Pomona

有限治疗知情同意书

一般信息：在本文档中，健康科学西部大学牙科医学院 (Western University of Health Sciences, College of Dental Medicine) 的临床场所被称为 “WesternU CDM 诊所”。我选择接受 WesternU CDM 诊所提供的紧急牙科治疗。紧急牙科治疗通常是临时治疗，旨在缓解有急性需要人士的一颗牙齿或一个部位的严重疼痛和/或感染。我理解，我今天将要接受的急诊护理由牙科学生、持照牙科教员和训练有素的工作人员组成的团队提供。我进一步确认，已向我和/或我的受抚养人提供了一份*“牙科材料情况说明”*。我理解，我可以就可能在牙科程序中使用的材料提问，例如汞合金、复合树脂、金属烤瓷和金合金，以及这些材料根据美国牙科协会指南的可接受性。另外，我确认诊所张贴了《*患者权利法案*》供查阅，此外我也收到了一份《*隐私权通知*》供查阅。
治疗：我已经获悉，我今天接受的程序是为了减轻疼痛，并可能需要进行额外的根管治疗程序。我理解，此次治疗不会为我的牙齿完成根管治疗。我理解，如果这颗牙齿的根管治疗无限期地推迟或未完成，我将面临严重感染、相关牙齿开裂、严重疼痛或牙齿脱落的风险。
营业时间后急诊护理：WesternU CDM 诊所的营业时间是星期一至星期五上午 8:00 至下午 4:30。如果在这些时间之后或在周末或节假日发生紧急情况或术后并发症，***我应该拨打该临床场所的主要诊所电话，会将我的电话转至代接电话服务台，以帮助我与我的牙医学生或值班牙医取得联系。***如果我不停地出血或出现以任何方式损害呼吸的肿胀，或任何其他威胁生命的紧急情况，我将直接前往最近的急诊室寻求治疗。
期待行为：我明白，我有责任体谅和尊重其他患者和 WesternU CDM 诊所员工的权利。此外，我也明白，我有责任尊重在 WesternU CDM 诊所的其他人的财物。我也知道，我应以礼貌和尊重的态度对待 WesternU CDM 的教职工和学生。针对文化、种族或性别作出不适当行为或评论是不能容忍的，并且会导致我失去作为 WesternU CDM 诊所患者的资格。
牙科记录：我理解，牙科记录、X 光、照片、模型和与我在此处治疗相关的任何其他诊断辅助工具都是 WesternU CDM 的财产。我确认，我有权检查这些记录和/或收到一份此类记录，或要求将这些记录发送给另一位医疗保健提供者。若要获取一份我的记录，我需要填写并签署一份***信息披露***书。WesternU CDM 诊所可能就此项服务收取合理的行政费。在此授权 WesternU CDM 诊所向我的保险公司提供我的牙科记录中的信息，以获得向我提供的治疗的费用偿付。
投诉：我理解，如果我的问题是学生医生或牙科教员无法解决的问题，我可以联系患者护理协调员、患者护理服务总监或场所管理员。
同意：我同意**仅**出于解决该牙科急诊的目的接受检查、X 光、诊断检测和治疗。我知道我可能需要其他程序和接受进一步治疗，且需要接受全面检查和拍摄射线照片，以便全面评估和诊断我的牙科需求。我进一步同意，所有记录均是 WesternU CDM 的财产，这些记录可能被用于教学目的或在科学出版物中发表，我无权获得任何经济补偿。
免责：我理解，我的牙科护理未得到明示或暗示保证。另外，我同意免除和豁免因学生医生、教员或 WesternU CDM 依据本文提供的治疗导致或与此相关的所有索赔、损失或损害责任。

我在下方的签名表示，我已阅读并理解上述信息，我愿意遵守上述要求，并且我是患者、患者的家长或监护人，有权提供同意，或者我已被患者正式授权作为患者的总代理签署上述协议并接受其条款。

患者姓名：_____ 日期：_____

患者/家长或监护人签名：_____

家长/监护人姓名（如适用）：_____

证人签名（教员或学生）：_____

本表的签名电子版与原件具有同等效力。

WesternU Health
Pomona

患者财务责任信息

付款政策

健康科学西部大学牙科医学院诊所（WesternU CDM 诊所）是按服务收费的牙科诊所。牙科中心会对退回的支票收取 $20.00，并保留要求使用其他付款方式的权利，包括使用讨债机构索要到期应付的任何金额。

可通过以下一种方法使用现金、Visa、MasterCard 或 Discover Card 支付服务费用：

1. **在提供服务后付款 —** 在完成服务后全额支付服务费用。
2. **预付费用 —** 在开始批准的治疗计划程序或阶段前，定期付款。在支付了治疗或阶段的总费用后安排预约。
3. **分阶段治疗 —** 某些治疗计划可分阶段完成，这样每个牙科护理阶段之间都有时间间隔。
4. **护理贷款 —** 当患者需支付的金额超过 $500.00 时，这种付款形式适用于批准的治疗计划。得到贷款批准后，护理贷款提供无息付款计划（最长 18 个月）或低息付款计划（24、36 或 48 个月）。

福利转让和受保护健康信息 (PHI) 披露：

1. **福利转让：**我在此将原本应支付给我的所有牙科和/或口腔外科福利（如有）直接转让给 WesternU CDM 诊所，以偿付所提供的服务。我理解，无论是否由我的牙科保险公司付款，我对所有收费负有财务责任。
2. **PHI 披露：**我在此授权 WesternU CDM 诊所因治疗、付款和运营目的，接收和/或披露关于我的受保护健康信息 (PHI)。我可以随时撤销此授权。我理解，除非以其他方式准许或应法律要求，否则仅能根据我的书面授权进行其他披露。将根据我的要求向我提供一份完整的健康科学西部大学牙科医学院诊所的《隐私权方法通知》(Notice of Privacy Practices)。

牙科保险和其他第三方承保：

西部大学牙科中心仅接受 Delta Dental PPO、MetLife PPO 和收费服务 Denti-Cal。

1. 享受 Delta Dental 或 MetLife 承保的患者应在每次门诊时支付共付费。
2. 我们不参加任何 HMO 计划。
3. 加入 Denti-Cal 的患者应出示其受益人身份卡 (BIC) 以验证资格。
4. 如果我们无法验证资格，则须使用以上一种付款方法支付服务费。
5. Delta Dental、MetLife 或 Denti-Cal 不承保的程序均应由患者负责支付费用。

服务中断

如果牙科护理中断，并且：

1. 账户中有贷方余额，将向账户中列出的相关人士退款。
2. 账户中有余额，则应在中断牙科治疗之日支付到期的金额。

付款责任人声明和签名

作为付款责任人，我声明，我已阅读并理解我和/或在我的账户名下接受治疗的患者的债务和牙科服务的费用，必须根据 WesternU CDM 诊所的政策和指南支付。***我理解，WesternU CDM 诊所将合理估计护理费用和可能享受的福利，但不能保证这些估计数额是牙科护理的最终费用或实际第三方付款数额。***作为付款责任人，我负责支付由我和/或在我的账户名下承保的患者产生的所有费用。

_____ _____

工整书写姓名 日期

_____

签名

本同意书的签名电子版与原件具有同等效力

修订日期：2022 年 3 月

WesternU Health
Pomona

今天的日期：_____

儿童牙科史问卷

您孩子的姓名：_____ 出生日期：_____

习惯使用的名字：_____

1. 您的孩子是否曾经在牙科就诊？ ☐ 是 ☐ 否

   如果是，上次检查是什么时候？_____

   如果是，上次检查中是否有任何问题？_____

2. 您的孩子以前是否曾经拍过牙科 X 光片？ ☐ 是 ☐ 否

   如果是，时间是：_____

   如果是，上次程序中是否有任何问题：_____

3. 您的孩子的口腔、头部或牙齿是否曾经受伤？☐ 是 ☐ 否

   如果是，什么时间？_____ 受伤的是什么部位？_____

   如果是，是怎么受伤的？_____

4. 您的孩子有过出牙或掉牙的问题吗？ ☐ 是 ☐ 否

   如果是，什么时间？ _____ 具体是什么问题？_____

5. 您的孩子是否接受过正畸治疗？ ☐ 是 ☐ 否

   如果是，请说明：_____

6. 您的孩子是否参加有身体接触的体育活动？ ☐ 是 ☐ 否

   如果是，请说明：_____

7. 您的孩子有什么习惯吗？（吸吮拇指或手指，用嘴呼吸） ☐是 ☐否

如果是，请说明：_____

8. 您的孩子喝哪种水？☐市政自来水井水 ☐ 瓶装水 ☐过滤水

9. 您的孩子使用含氟牙膏吗？ ☐是 ☐否

10. 您的孩子每天刷几次牙？_____
在这些刷牙过程中，有几次您会帮助您的孩子刷牙？_____

11. 您的孩子多久用一次牙线？_____
有几次您会帮助您的孩子使用牙线？_____

12. 您的孩子是母乳喂养的吗？ ☐是 ☐否
如果是，您的孩子在什么时候停止母乳喂养（月龄）_____

13. 您如何描述您孩子的饮食习惯？_____

_____

14. 您的孩子是否害怕看牙过程中的任何部分？ ☐是 ☐否

如果是，最害怕那一部分？_____

15. 您，您的配偶/伴侣害怕看牙吗？ ☐是 ☐否
如果是，最害怕那一部分？_____
如果是，您的孩子知道你们害怕看牙吗？ ☐是 ☐否

我证明我已阅读并理解此表格，我已就我所知完整准确地回答了每个问题。如果我孩子的健康和/或药物发生任何变化，我会通知健康科学西部大学牙科医学院诊所（“WesternU CDM 诊所”）。此外，我不会要求 WesternU CDM 诊所对我在填写此表格时可能出现的任何错误或遗漏负责。

您的签名：_____ 日期：_____

您的姓名以及和孩子的关系：_____

表格审阅者：_____ 日期：_____

_____ 日期：_____

本同意书的签名电子版与原件具有同等效力

您的姓名_____

您和孩子的关系： _____

_____

表格审阅者：_____ 日期：_____

_____ 日期：

本同意书的签名电子版与原件具有同等效力

WesternU Health
Pomona

家长/监护人/保护人代理授权

本人签署此表，授权替代决策人可同意且参与在健康科学西部大学牙科医学院（简称 WesternU CDM 诊所）向我的未成年子女/受抚养成年人提供的牙科治疗服务和护理。

未成年子女/受抚养成年人。

姓名：_____ 出生日期：_____ 年龄：_____

___***护理/治疗直接授权。***我授权 WesternU CDM 诊所在我缺席的情况下，向上述未成年子女/受抚养成人提供急诊、紧急和其他牙科护理和治疗，包括在下方授权的、将代表我陪同该未成年子女/受抚养成年人就诊的家长/监护人代理（请勾选所有适用的选项）。

☐ X 光片 ☐根管治疗 ☐氟化物治疗 ☐密封剂 ☐牙齿清洁

☐补牙 ☐拔恒牙 ☐拔乳牙 ☐其他：_____

___***指定家长代理授权对未成年子女/受抚养成年人的护理/治疗。***我授权以下指定的家长/监护人代理提供知情同意，以便向上述未成年子女/受抚养成年人提供急诊、紧急和其他牙科治疗。

___***确认家长/监护人/保护人代理的身份。***我任命以下人员获取受保护健康信息 (PHI)、提供及接受信息、提供牙科治疗的知情同意，或以其他方式接受未成年子女/受抚养成年人的监护权。

姓名/关系地址：_____

授权持续时间。本同意书有效期为一 (1) 年，从 _____ 开始，到_____ 。在此失效日期前，我可以随时向 WesternU CDM 诊所发出书面通知撤销。

___***信息披露。***为了确保家长/监护人/保护人代理可以获得做出知情同意决定所需的受保护健康信息，我授权 WesternU CDM 诊所向上述家长/监护人代理提供仅与未成年子女/受抚养成年人相关的 PHI。PHI 是指根据《1996 年健康保险便利和隐私法案》(HIPPA) 定义的受保护和保密的所有与未成年子女/受抚养成年人有关的牙科记录，包括账户信息、预约和计划或提供的治疗。我也同意免除 WesternU CDM 诊所和服务提供者因根据本授权披露 PHI 而产生的任何索赔责任。

在签名前，我已经仔细阅读并考虑了本同意书。

_____ _____

家长/法定监护人/保护人签名 日期

请圈选一项：家长 ☐法定监护人 ☐保护人

家长/法定监护人/保护人联系信息

工整书写姓名：_____

邮寄地址：_____

手机号码：_____ 家庭电话：_____

工作电话：_____ 其他联系信息：_____

本同意书的签名电子版与原件具有同等效力

修订日期：2022 年 3 月

WesternU Health
Pomona

拍摄患者照片授权

以下签名患者、法定监护人或保护人，同意健康科学西部大学 (Western University of Health Sciences) 牙科医学院的临床场所（简称 WesternU CDM 诊所）可能因记录我的健康相关进展状况目的为我/患者拍照。我在下方的签名表示我理解：

- 照片可能存档，以记录我当前的护理和治疗，和/或记录上述治疗的进展状况。
- 与患者保密隐私权相同的法定条例适用于由 WesternU CDM 诊所拍摄的任何照片。
- WesternU CDM 诊所将保留这些照片的所有权，但我可以存取查看或获取这些照片。
- 图片将以保护我的隐私权的安全方式保存，并在法律规定的期限内保存。
- 在不使用识别个人身份信息的前提下，这些图片可用于教学、学术/科学演讲、专业项目组合和与广告或其他商业利益无关的目的，例如牙医学生在求职面试时提供的外科手术或牙科护理示例。
- 可能需要拍照的身体部分是：_____

_____ _____

日期 工整书写姓名

_____

家长/法定代表/保护人签名

_____

关系

_____ _____

日期 证人签名

_____

工整书写证人姓名

备注：本文档的复印件或电子扫描件与原件具有同等效力

修订日期：2022 年 3 月

WesternU Health
Pomona

关于如何联系患者的说明

患者姓名：_____ 出生日期：_____

我们的目标之一是保护您的隐私权；因此，除非我们得到您的准许，否则我们不会向任何人提供关于您或您的财务的信息。

	是	否
我们可以在工作时间联系您吗？	☐	☐
我们可以在您在家时联系您吗？	☐	☐
如果上述两项中任一项为“否”，您是否有其他电话号码，例如能联系到您的手机号码？ 如果上述两项中任一项为“是”，电话号码是什么？		
我们可以在您的语音信箱留言吗（包括预约信息）？	☐	☐
我们可以给您发传真吗？ 如果可以，传真号码是什么？	☐	☐
我们可以给您发电子邮件吗？ 如果可以，电子邮件地址是什么？	☐	☐

我们将仅向以下各方提供您的信息：

姓名：_____ 电话：_____

姓名：_____ 电话：_____

姓名：_____ 电话：_____

_____ _____
患者/保证人签名 日期

备注：除非另外发出书面通知，否则本同意书有效。

修订日期：2022 年 3 月

备注：本文档的复印件或电子扫描件与原件具有同等效力

WesternU Health
Pomona

隐私权方法通知收讫确认

日期：_____

签署本表表示，我确认我已收到一份健康科学西部大学（简称 WesternU）的《隐私权方法通知》。我理解，《隐私权方法通知》提供 WesternU 可能如何使用和披露我的健康信息的信息。

_____ _____
患者姓名（工整书写） 患者签名

如果本表由患者的法定代表填写，请在下方空白处工整书写您的姓名并签名：

_____ _____
法定代表（工整书写） 法定代表签名

_____
关系

本部分由 WesternU 填写：

如果患者或患者的个人代表未在此表格上签名并注明日期，请填写此部分。

我已真诚地努力获取 WesternU 《隐私权方法通知》收讫确认 ，但由于以下原因无法获得：

- ☐ 患者拒绝签字
- ☐ 患者无法签字
- ☐ 其他_____

_____ _____ _____
员工姓名（工整书写） 员工签名 日期

该表格必须放在患者的病历中。

WesternU Health
Pomona

同意通过远程牙科进行评估

作为我们的患者，我们希望您（或父母/监护人）了解如何使用远程牙科评估您的口腔健康需求。远程牙科（Teledentistry，有时称为视频会议）涉及电子通信的使用，具体来说是 Zoom 视频和音频平台。使用这种方法，您不必亲自前往治疗区，您的牙医学生和牙科教员就可以收集有关您口腔健康需求的信息。

我们选择使用 Zoom，因为它采取了网络和软件安全协议来保护您的患者信息和影像数据的机密性。Zoom 还包括保护您的数据并确保其完整性免受有意或无意损坏的措施。如果您无法使用 Zoom，您也可以通过电话预约远程牙科。

在您的远程牙科预约期间，您的牙医学生和牙科教员将审查您的医学史，并询问您有关您健康的问题。 尽管我们预计将能够有效地收集有关您健康的所需信息，但您的牙医学生和牙科教员依然有可能确定需要您亲自前来就诊。如果是这种情况，临床场所的工作人员将与您联系以安排预约。

已经向我解释，预约远程牙科的目的是收集有关我的健康信息，我相信我已充分了解远程牙科的风险和益处。我了解，通过互联网使用远程牙科系统可以让我的牙医学生和牙科教员查看我的记录，并与我讨论治疗方法。我也明白牙医学生和牙科教员

我明白，我可以在预约之前和/或预约期间的任何时间选择不参加远程牙科视频评估。如果我决定不参加此类牙科预约，不会影响我未来在任何 WesternU CDM 诊所的场所获得护理或治疗的权利。

我在此签名表示我同意通过 Zoom 视频和音频会议参加远程牙科预约。

_____ _____

患者（父母或监护人）签名 日期

_____

工整书写患者姓名

本同意书的签名电子版与原件具有同等效力

关于填充材料的事实

加州牙科委员会

www.dbc.ca.gov

牙科材料情况说明书

关于填充材料的安全性

患者健康和牙科治疗的安全是加州牙科专业人员和加州牙科委员会的主要目标。本情况说明书的目的是为您提供有关用于牙齿修复（填充）的所有牙科材料的*风险*和益处的信息。

法律*要求加州牙科委员会向加利福尼亚州的每位持照牙医提供这份牙科材料情况说明书。接下来，您的牙医必须在开始任何牙科填充程序之前向每位新患者和所有有记录的患者提供一次此情况说明书。

作为患者或家长/监护人，我们强烈建议您与牙医讨论关于您的特定治疗所考虑的填充材料情况。

* *商业和职业法规 1648.10-1648.20*

对牙科材料的过敏反应

就像我们在日常生活中可能接触到的其他材料一样，牙科填充材料中的成分可能会产生副作用或引起过敏反应。对于所有类型的填充材料，过敏反应的风险都非常低。过敏反应可能是由填充材料的特定成分引起的，例如汞、镍、铬和/或铍合金。通常过敏表现为皮疹，当不再接触材料时很容易逆转。

没有对复合树脂、玻璃离子水门汀、树脂离子水门汀或瓷器产生过敏反应的病例记录。然而，有非常罕见的病例报告了涉及牙科用汞合金、金属烤瓷、金合金和镍或钴铬合金的过敏反应。

如果您有过敏症，请在选择填充材料之前与您的牙医讨论这些潜在问题。

牙科材料的毒性

牙科汞合金

加利福尼亚州的第 65 号提案清单中列入了元素形式的汞，其该清单列出了加州已知会引起生殖毒性的化学物质。汞可能会伤害儿童或胎儿正在发育的大脑。

牙科用汞合金是元素汞 (43-54%) 和主要由银、锡和铜组成的合金粉末 (46-57%) 混合制成的。这引发了关于牙科汞合金中汞风险的讨论。这种汞以微量蒸气的形式散发。有人对可能的毒性提出了一些担忧。对牙科汞合金安全性的科学研究仍在继续。根据疾病控制和预防中心的信息，几乎没有证据显示绝大多数使用汞合金的患者健康受损。

美国食品和药物管理局 (FDA) 和其他公共卫生组织已经调查了用于牙科填充物的汞合金的安全性。结论：除了极少数的过敏病例，没有有效的科学证据表明汞合金会对牙齿修复患者造成伤害。世界卫生组织得出了类似的结论，指出“汞合金修复既安全，并且相对价格低廉”。

有关牙科汞合金的安全性存在多种意见。有人对其在孕妇、儿童和糖尿病患者中的安全性提出了质疑。然而，同行评审科学期刊中的科学证据和研究文献表明，原本健康的女性、儿童和糖尿病患者在口腔中使用汞合金并未增加风险。

FDA 对牙科汞合金的使用没有任何限制。

复合树脂

加利福尼亚州的第 65 号提案清单中列入了包括结晶二氧化硅在内的一些复合树脂，该清单列出了该州已知的致癌化学物质。

我们一贯建议与您的牙医全面讨论任何牙科治疗。

牙科汞合金填充物

牙科汞合金是银锡铜合金粉末和液态汞的自硬化混合物，因其颜色，有时也被称为银色填充物。通常用作填充材料和断牙的替代品。

优点

- 耐用；持久
- 经久耐用；可以好地抵抗咬合力
- 相对便宜

- 通常就诊一次即可完成
- 自密封；只有极小的收缩，甚至完全不收缩，不会产生泄漏
- 对进一步龋坏的抵抗力很高，但早期阶段的龋齿很难发现
- 维修更换频率低

缺点

- 参见“关于填充材料的安全性”
- 灰色，与牙齿颜色不同
- 被腐蚀时可能会变黑；随着时间的推移可能会造成牙齿染色
- 需要磨除一部分的健康牙齿
- 在较大的汞合金填充物中，剩余的牙齿可能会变弱并折断
- 因为金属会导热，所以可能有暂时的冷热敏感
- 与其他金属接触可能会偶尔导致微小电流

任何牙齿修复的耐用性不仅受到所用材料的影响，同时也有赖于牙医放置修复体的技术。其他因素包括手术中使用的辅助材料和患者在手术过程中的配合。牙齿修复维持的时间取决于您的牙齿卫生情况、家庭护理以及饮食和咀嚼习惯。

复合树脂填充物

复合填充物由玻璃粉和塑料树脂混合而成，有时称为白色、塑料色或牙齿色填充物。这种材料可以用作填充物、嵌体、贴面、部分和完整的牙冠，或修复部分断牙。

优点

- 坚固耐用
- 颜色接近牙齿
- 补牙仅需就诊一次
- 防破损
- 最大程度保留牙齿
- 如果仅与牙釉质粘合，泄漏风险很低
- 不会被腐蚀
- 取决于所用的产品，通常可以很好地抵抗咬合力
- 对进一步龋坏的抵抗力中等，龋齿很容易发现
- 维修或更换频率低到中等

缺点

- 参见*“关于填充材料的安全性”*
- 牙齿敏感的发生率中等；取决于牙医的使用方法
- 费用高于牙科汞合金
- 材料硬化时会收缩，并可能导致进一步龋齿和/或温度敏感
- 嵌体、贴面和牙冠需要多次就诊
- 可能比牙釉质更快磨损
- 在牙釉质层下粘合时，可能会随着时间的推移而泄漏
- 关于填充材料的事实
- 牙科材料 - 优缺点

玻璃离子水门汀

玻璃离子水门汀是玻璃和有机酸的自硬化混合物。这种材料的颜色类似牙齿，有多种不同的透明度。玻璃离子水门汀通常用于小填充物、粘接金属和瓷/金属冠、衬垫和临时修复体。

优点

- 相当美观
- 因为会释放氟化物，可能有助于防止龋齿
- 需要磨除的牙齿非常少，与牙釉质和牙釉质下方的牙本质结合良好
- 材料导致牙齿敏感的发生率较低
- 通常只需一次就诊即可完成

缺点

- 费用与复合树脂非常接近（高于汞合金）
- 用途有限，因为不推荐用于恒牙的咬合面
- 随着材料老化，材料可能会变得粗糙，并可能增加牙菌斑的积聚和牙周病的机会
- 不耐用；日久之后往往会破裂并且可能会脱落

树脂离子水门汀

树脂离子水门汀是玻璃和树脂聚合物以及有机酸的混合物，在牙科诊所使用的蓝光下会硬化。这种材料的颜色接近牙齿，但透明度比玻璃离子水门汀更高。最常用于小填充物、粘接金属和瓷金属冠和衬垫。

优点

- 非常美观
- 因为会释放氟化物，可能有助于防止龋齿
- 需要磨除的牙齿非常少，与牙釉质和牙釉质下方的牙本质结合良好
- 适用于非咬合表面
- 可用于短期乳牙修复
- 可能比玻璃离子水门汀更耐用，但不如复合材料
- 良好的抗渗漏性
- 材料导致牙齿敏感的发生率较低
- 通常只需一次就诊即可完成

缺点

- 费用与复合树脂非常接近（高于汞合金）
- 用途有限，因为不推荐用于修复成人牙齿的咬合面
- 比复合材料和汞合金更快磨损

陶瓷

瓷器是一种玻璃状材料，使用制备的齿模制成填充物或牙冠。这种材料颜色接近牙齿，用于镶嵌、贴面、牙冠和固定牙桥。

优点

- 用作贴面时，只需磨除很少的牙齿；用作牙冠时，需要磨除更多牙齿，因为其强度与体积（大小）有关
- 如果修复体合适，可以很好地防止进一步龋齿
- 表面抗磨损，但会导致对面的牙齿磨损
- 防止泄漏，因为可以被塑造成非常精确的贴合
- 这种材料不会引起牙齿敏感

缺点

- 材料很脆，在咬合力下会破裂
- 可能不推荐用于臼齿
- 费用较高，因为需要至少就诊两次以及实验室服务

镍或钴铬合金

镍或钴铬合金是镍和铬的混合物。为暗银色金属色，用于牙冠和固定桥以及大多数局部义齿框架。

优点

- 如果修复体合适，可以很好地防止进一步龋齿
- 耐用性出色；在压力下不会断裂
- 在口中不会被腐蚀
- 需要磨除的牙齿非常少
- 防止泄漏，因为可以被塑造成非常精确的贴合

缺点

- 颜色与牙齿不同；该合金是一种暗银金属色
- 会传导冷热；可能会刺激敏感的牙齿
- 可能会磨损对面的牙齿
- 费用较高；需要至少就诊两次以及实验室服务
- 对面牙齿的磨损程度略高

金属烤瓷

这种类型的陶瓷是一种类似玻璃的材质，是金属外壳上的“牙釉质”。这种材料颜色接近牙齿，用于牙冠和固定牙桥

优点

- 如果修复体合适，可以很好地防止进一步龋齿
- 由于有金属底座，非常耐用
- 这种材料不会引起牙齿敏感
- 防止泄漏，因为可以被塑造成非常精确的贴合

缺点

- 金属底座必须磨除更多的牙齿（与陶瓷相比）
- 费用较高，因为需要至少就诊两次以及实验室服务

黄金合金

黄金合金是金、铜和其他金属的金色混合物，主要用于牙冠和固定桥以及一些局部义齿框架

优点

- 如果修复体合适，可以很好地防止进一步龋齿
- 耐用性出色；在压力下不会断裂
- 在口中不会被腐蚀
- 需要磨除的牙齿非常少
- 耐用；不会过度磨损对面的牙齿
- 防止泄漏，因为可以被塑造成非常精确的贴合

缺点

- 颜色与牙齿不同；该合金是黄色的
- 会传导冷热；可能会刺激敏感的牙齿
- 费用较高；需要至少就诊两次以及实验室服务

加州牙科委员会

www.dbc.ca.gov

发布者

加州消费者事务局

5/04