WesternU Health

GHI DANH CHO BỆNH NHÂN MỚI

THÔNG TIN CỦA BỆNH NHÂN:

Họ:	**Tên:**	**Chữ Đầu của Tên Lót:**
Ngày Sinh:	**Số An Sinh Xã Hội (4 Số Cuối):**	
Địa Chỉ:		
Điện Thoại Nhà:	**Điện Thoại Cầm Tay:**	
Điện Thoại Sở Làm:	**Email:**	
Số Điện Thoại Lựa Chọn: ☐ Nhà ☐ Cầm Tay ☐ Sở Làm		

Chúng tôi hỏi thông tin sau đây với mục đích để giúp nhân viên của chúng tôi sử dụng ngôn ngữ tôn trọng nhất khi xưng hô với quý vị và hiểu rõ hơn về các bệnh nhân của chúng tôi. Xin vui lòng giúp chúng tôi phục vụ quý vị tốt hơn bằng cách chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu hỏi này. Xin cảm ơn.

Tên Lựa Chọn:

Xưng Danh: ☐ Cô/Cô Ấy/của các Cô ☐ Ông/Ông Ấy/của Ông Ta ☐ Họ/Họ/của Họ ☐ Tên ☐ Từ

Giới Tính Lúc Sinh Ra: ☐ Nữ ☐ Nam ☐ Không Biết ☐ Từ Chối Trả Lời

Xác Định Giới Tính: ☐ Nữ ☐ Nam ☐ Chuyển Giới Nữ ☐ Chuyển Giới Nam ☐ Không Xác Định Giới

Tình Trạng Hôn Nhân: ☐ Độc Thân ☐ Kết Hôn ☐ Có Bạn Đời ☐ Bạn Đời Sống Chung

Nhóm Dân Tộc: ☐ Tây Ban Nha hoặc Latin ☐ Không Phải Tây Ban Nha hoặc Latin ☐ Không Biết

Chủng Tộc: ☐ Á Châu ☐ Da Trắng ☐ Da Đen hay Người Mỹ Gốc Phi Châu ☐ Mỹ Bản Địa ☐ Thổ Dân Alaska ☐ Bản Địa Hạ Uy Di ☐ Dân Đảo Thái Bình Dương ☐ Không Biết ☐ Từ Chối Trả Lời ☐ Khác

Cựu Chiến Binh: ☐ Có ☐ Không ☐ Từ Chối Trả Lời

QUÁ TRÌNH LÀM VIỆC:

☐ Vị Thành Niên ☐ Toàn Thời Gian ☐ Bán Thời Gian ☐ Không Đi Làm ☐ Nghỉ Hưu ☐ Sinh Viên ☐ Phục Vụ trong Quân Ngũ ☐ Từ Chối Trả Lời

Nhà Tuyển Dụng:	**Địa Chỉ:**

Quý vị có phải là Nhân Viên WesternU? ☐ Có ☐ Không
Quý vị có phải là Sinh Viên WesternU? ☐ Có ☐ Không

LIÊN LẠC TRONG TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP:

Nếu người liên lạc trong trường hợp khẩn cấp sống cùng với quý vị, hãy ghi một số điện thoại khác, ngoài số điện thoại nhà của quý vị. ***Trẻ vị thành niên phải ghi tên phụ huynh hoặc giám hộ hợp pháp là người liên lạc chính trong trường hợp khẩn cấp.***	
Liên Lạc trong Trường Hợp Khẩn Cấp (Chính):	
Mối quan hệ:	Số Điện Thoại:
Liên Lạc trong Trường Hợp Khẩn Cấp (Phụ):	
Mối quan hệ:	Số Điện Thoại:

_____ (**Chữ Đầu của Tên Lót) ĐỒNG Ý ĐIỀU TRỊ:** Nay, tôi yêu cầu và ủy quyền cho WesternU Health cung cấp và thực hiện chăm sóc y tế/phẫu thuật, xét nghiệm, quy trình, thuốc men, các dịch vụ khác và tiếp liệu được xem là cần thiết hoặc có lợi cho sức khỏe và sự khỏe mạnh của tôi. Tôi hiểu rằng thỏa thuận đồng ý này được đưa ra trước một số dịch vụ cụ thể, nhưng có sự đồng ý này để WesternU Health có thể sử dụng sự phán đoán tốt nhất của họ đối với việc chăm sóc y tế, có thể cần thiết để bảo vệ sinh mạng cho tôi.

_____ (Chữ Đầu của Tên Lót) CHỈ ĐỊNH PHÚC LỢI: Nay tôi chỉ định trực tiếp cho WesternU Health tất cả phúc lợi phẫu thuật và/hoặc y tế nếu có, có thể trả cho tôi cho các dịch vụ đã thực hiện. Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm về tài chính cho tất cả chi phí mà bảo hiểm không trả.

_____ (Chữ Đầu của Tên Lót) HÀNH VI ĐƯỢC TRÔNG ĐỢI: Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm tôn trọng tài sản của những người khác tại WesternU Health. Tôi cũng biết rằng tôi được trông đợi phải đối xử lịch sự và tôn trọng với khoa, nhân viên và sinh viên của WesternU Health. Hành vi không thích hợp hoặc những nhận xét về văn hóa, dân tộc, hay bản chất giới tính sẽ không được dung thứ và có thể dẫn tới việc tôi không được chấp nhận làm bệnh nhân của WesternU Health.

Chữ Ký:	**Ngày:**
Tên của Phụ Huynh hoặc Giám Hộ:	**Mối quan hệ:**

WesternU Health
Pomona

Hôm Nay Ngày: _____

CÂU HỎI THĂM DÒ VỀ LỊCH SỬ CHĂM SÓC Y TẾ NHA KHOA CHO TRẺ EM

Để giúp sinh viên WesternU CDM, khoa và nhân viên chữa trị an toàn và hiệu quả cho con quý vị, xin vui lòng cung cấp cho chúng tôi thông tin sau đây:

Tên của con quý vị: _____Ngày Sinh: _____

1. Được Giới Thiệu Bởi: _____
2. Tên của bác sĩ: _____ Số điện thoại của bác sĩ: _____
3. Cao____ ft_____ inches hay _____cm Nặng_____lbs hay _____ kg
4. Tên và tuổi của Phụ Huynh: _____
5. Tên và tuổi của anh chị em ruột: _____
6. Ai sống chung nhà với trẻ em này? _____
7. Lịch sử sức khỏe của gia đình: _____
8. Sức khỏe tổng quát của con quý vị thế nào? _____
9. Con của quý vị có, hoặc đã bao giờ trải qua bất kỳ tình trạng nào sau đây hay chưa?

☐ Nhân tạo (van tim giả)	☐ Viêm Phế Quản, COPD, Khí Phổi Thủng	☐ Điều trị tình trạng tình cảm
☐ Nhiễm viêm màng trong tim trước đây	☐ Ngưng thở khi ngủ	☐ Bất kỳ tình trạng nào khác về não/dây thần kinh
☐ Các van tim bị hỏng trong tim được ghép	☐ Ho dai dẳng	☐ Sợ nha sĩ hay kim tiêm
☐ Bệnh tim bẩm sinh (CHD)	☐ Thở khò khè	☐ Tiểu đường
☐ Ghép tim	☐ Tình trạng khác về phổi	☐ Rối loạn tuyến giáp
☐ Bất kỳ tình trạng nào khác về tim	☐ Viêm gan	☐ Viêm khớp
☐ Đau phần chân bên dưới/phù nề	☐ Xơ gan	☐ Bệnh về thận
☐ Thiếu máu	☐ Vàng da	☐ Lọc máu
☐ Bệnh Tế Bào Lưỡi Liềm/Đặc Điểm	☐ Sạn túi mật/bệnh	☐ Khó tiểu tiện
☐ Rối Loạn Chảy Máu	☐ GERD/Trào Ngược/Loét Bao Tử/Ợ Chua	☐ Tiểu tiện nhiều lần
☐ HIV/AIDS	☐ Táo Bón/Tiêu Chảy	☐ Ghép Bộ Phận
☐ Bệnh Bạch Cầu	☐ Phân có máu/Phân màu thẫm	☐ Ung thư
☐ Bất kỳ rối loạn nào khác về máu	☐ Ói nhiều lần	☐ Xạ trị
☐ Uống thuốc chống đông máu	☐ Động kinh, xỉu, co giật, ngất	☐ Hóa trị
☐ Dễ hay thường bị bầm tím	☐ Xơ Cứng Nhiều Chỗ	☐ Bệnh lây qua đường tình dục (STD)
☐ Thường bị cảm lạnh hoặc nhiễm trùng	☐ Bại não	☐ Tình trạng về da
☐ Ho lao	☐ Tự kỷ	☐ Sốt
☐ Hen xuyễn	☐ Trầm cảm	☐ Lên cân không mong đợi
☐ Bất kỳ tình trạng nào khác		

10. Có bao giờ con quý vị phải nằm bệnh viện qua đêm không ☐ Có ☐ Không

Nếu có, hãy giải thích_____

11. Trước đây con quý vị có bị chảy máu bất bình thường không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, hãy giải thích_____

12. Con quý vị có bị dị ứng với thuốc, thức ăn, vật liệu, hay thuốc tê không? Có ☐ Không ☐

Nếu có, hãy giải thích_____

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu mẫu đơn này. Theo hiểu biết tốt nhất của tôi, tôi đã trả lời mỗi câu hỏi đầy đủ và chính xác. Tôi sẽ thông báo cho WesternU CDM Clinic(s) về bất kỳ thay đổi nào với sức khỏe và/hoặc thuốc men của con tôi. Ngoài ra, tôi sẽ không đòi hỏi WesternU CDM Clinic(s) phải chịu trách nhiệm chô bất kỳ sai lầm hoặc thiếu sót nào mà tôi có thể đã phạm phải khi điền vào mẫu đơn này.

Chữ ký của quý vị: _____ Ngày: _____

Tên của Quý Vị_____

Quan hệ với trẻ em này: _____

_____

Đơn được duyệt xét bởi:_____ Ngày:_____

_____ Ngày:

Bản sao điện tử có chữ ký của mẫu đơn này cũng có giá trị như bản Gốc

WesternU Health
Pomona

ỦY QUYỀN NGƯỜI THAY THẾ CHO PHỤ HUYNH/GIÁM HỘ/QUẢN LÝ

Khi điền đầy đủ vào đơn này, tôi cho phép một người thay thế đưa ra quyết định đồng ý, và liên quan tới, các dịch vụ điều trị nha khoa và chăm sóc cho Con Dưới Tuổi Vị Thành Niên/người lớn Phụ Thuộc ở đây, tại Western University of Health Sciences, College of Dental Medicine Clinic(s) ("WesternU CDM Clinic(s)).

Con Dưới Tuổi Vị Thành Niên/người lớn Phụ Thuộc.

Tên: _____ Ngày Sinh: _____ Tuổi:_____

___***Ủy quyền trực tiếp cho việc chăm sóc/điều trị***. Tôi ủy quyền cho WesternU CDM Clinic(s) cung cấp cho con dưới tuổi vị thành niên/người lớn phụ thuộc có tên bên trên được chăm sóc nha khoa cấp cứu, khẩn cấp, và chăm sóc khác, và điều trị khi tôi vắng mặt, bao gồm Người Thay Thế Phụ Huynh/Giám Hộ bên dưới sẽ đi theo con dưới tuổi vị thành niên/người lớn phụ thuộc đến các buổi hẹn khám chữa bệnh thay mặt cho tôi (Đánh dấu vào tất cả những nơi áp dụng):

___Chụp Quang Tuyến ____ Điều Trị Lấy Gân Máu ____ Điều Trị Fluoride ____ Tráng Phủ ____ Rửa Răng

____Trám Răng ____ Nhổ răng vĩnh viễn ____Nhổ Răng Sữa ____ Khác: _____

___***Chỉ Định Người Thay Thế Phụ Huynh để ủy quyền việc chăm sóc/điều trị cho Con Dưới Tuổi Vị Thành Niên/Người Lớn Phụ Thuộc***. Tôi ủy quyền cho Người Thay Thế Phụ Huynh/Giám Hộ được chỉ định bên dưới đưa ra thỏa thuận có hiểu biết cho việc điều trị nha khoa cấp cứu, khẩn cấp và các điều trị khác cho Con Dưới Tuổi Vị Thành Niên/Người Lớn Phụ Thuộc có tên ở trên.

___***Xác Định Danh Tính của Người Thay Thế Phụ Huynh/Giám Hộ/Quản Lý***. Tôi chỉ định (những) người sau đây được xem thông tin về Sức Khỏe được Bảo Vệ (PHI), đưa và nhận thông tin, đưa ra thỏa thuận có hiểu biết về điều trị nha khoa, và được chăm sóc Con Dưới Tuổi Vị Thành Niên/Người Lớn Phụ Thuộc này.

Tên/Mối Quan Hệ Địa Chỉ: _____

Thời Hạn Ủy Quyền. Thỏa thuận này có hiệu lực trong một (1) năm bắt đầu vào ngày _____ và hết hạn vào ngày _____. Tôi có thể rút lại ủy quyền này bất kỳ lúc nào trước ngày hết hạn bên trên bằng cách gửi văn bản thông báo cho WesternU CDM Clinic(s).

___***Tiết Lộ Thông Tin***. Để đảm bảo rằng Người Thay Thế Phụ Huynh/Giám Hộ/Quản Lý được xem Thông Tin về Sức Khỏe được Bảo Vệ cần thiết để đưa ra các quyết định thỏa thuận có hiểu biết, tôi ủy quyền cho WesternU CDM Clinic(s) cung cấp PHI chỉ liên quan tới Con Dưới Tuổi Vị Thành Niên/Người Lớn Phụ Thuộc cho người thay thế Phụ Huynh/Giám Hộ có tên bên trên. "PHI" có nghĩa là tất cả hồ sơ nha khoa liên quan tới Con Dưới Tuổi Vị Thành Niên/Người Lớn Phụ Thuộc, được bảo vệ và bảo mật như được xác định trong Đạo Luật Mang Theo Bảo Hiểm Y Tế & Bảo Vệ sự Riêng Tư 1996 (HIPPA), và bao gồm thông tin của trương mục, các buổi hẹn, việc điều trị theo kế hoạch hoặc đã cung cấp. Tôi cũng đồng ý miễn trừ trách nhiệm pháp lý cho WesternU CDM Clinic(s) và các nhà cung cấp dịch vụ đối với bất kỳ đơn đòi quyền lợi nào do việc tiết lộ PHI dựa trên việc ủy quyền này.

Tôi đã đọc kỹ và cân nhắc thỏa thuận này trước khi ký.

_____ _____

Chữ Ký của Phụ Huynh /Giám Hộ Hợp Pháp / Quản Lý Ngày

Vòng tròn một chỗ: Phụ Huynh ___Giám Hộ Hợp Pháp___Quản Lý ___

Thông Tin Liên Lạc của Phụ Huynh/Giám Hộ Hợp Pháp/Quản Lý

Ghi Tên bằng Chữ In: _____

Địa Chỉ Gửi Thư: _____

Điện Thoại Cầm Tay_____ Điện Thoại Nhà: _____

Điện Thoại Sở Làm: _____ Thông tin liên lạc khác: _____

Bản sao điện tử có chữ ký của mẫu đơn này cũng có giá trị như bản Gốc

WesternU Health
Pomona

THỎA THUẬN CÓ HIỂU BIẾT CHUNG

Thông Tin Chung: Các cơ sở y tế của Western University of Health Sciences, College of Dental Medicine sẽ được gọi là "WesternU CDM clinic(s)" trong tài liệu này. Tôi đã chọn được chăm sóc nha khoa toàn diện từ WesternU CDM clinic(s). *Tôi hiểu rằng có thể* ***WesternU CDM clinic(s) không thể đáp ứng các nhu cầu điều trị của tôi và tôi có thể không được chấp nhận được chăm sóc ở WesternU CDM clinic(s)***. Nếu tôi không được chấp nhận, tôi sẽ được cung cấp một danh sách các văn phòng nha khoa chi phí thấp trong khu vực. Tôi cũng hiểu rằng chăm sóc nha khoa được cung cấp bởi một nhóm sinh viên nha khoa, nha khoa được cấp bằng, và đội ngũ nhân viên được huấn luyện tốt. Tôi cũng thừa nhận thêm rằng tôi và/hoặc người phụ thuộc của tôi đã được cung cấp một bản sao của *"Tờ Thông Tin về Vật Liệu Nha Khoa"*. Tôi hiểu rằng tôi có thể đặt câu hỏi về các vật liệu có thể được sử dụng trong các quy trình chăm sóc nha khoa như amalgam, nhựa tổng hợp, sứ bọc kim loại, và hợp kim vàng và sự chấp nhận của các loại vật liệu này theo hướng dẫn của Hiệp Hội Nha Khoa Hoa Kỳ. Ngoài ra, tôi thừa nhận rằng *"Đạo Luật Quyền của Bệnh Nhân"* được niêm yết để xem trong văn phòng, và tôi đã được mời xem *"Thông Báo Bảo Mật"*.

Chương Trình Điều Trị: Tôi hiểu rằng *chương trình điều trị* mà tôi chấp nhận là **ƯỚC TÍNH** của tổng chi phí được khuyến nghị trong điều trị nha khoa và rằng *chương trình điều trị* này có thể thay đổi và/hoặc chi phí chăm sóc có thể tăng trong khi điều trị vì các khoản tăng lệ phí, vật liệu, hoặc tiền công. Ngoài ra, tôi thừa nhận rằng nếu có thể, trong tiến trình điều trị, chương trình điều trị của tôi có thể thay đổi, và chi phí điều trị của tôi cũng có thể thay đổi theo chương trình điều trị mới. Tôi cũng hiểu rằng tôi được khuyến khích đặt câu hỏi cho nha sĩ thực tập về quy trình được khuyến nghị về chương trình điều trị và tôi nên hỏi những câu hỏi này trước khi tôi đưa ra thỏa thuận đồng ý làm theo quy trình này. Tất cả mọi thủ tục nha khoa đều có thể liên quan tới nguy cơ hoặc kết quả không thành công, hoặc biến chứng và không đảm bảo cho bất kỳ kết quả và kết quả điều trị nào. Là bệnh nhân, hay phụ huynh hoặc giám hộ, tôi có quyền đồng ý hoặc từ chối bất kỳ thủ tục được đề nghị nào vào bất kỳ lúc nào trước khi thực hiện. WesternU CDM clinic(s) cũng giữ quyền không thực hiện điều trị cụ thể được tôi yêu cầu. Tôi cũng hiểu thêm rằng phải có khoản tiền trả vào lúc điều trị và tôi có trách nhiệm trả toàn bộ chi phí điều trị. Tôi hiểu rằng nếu tôi có bảo hiểm nha khoa, đó là hợp đồng giữa tôi, người đứng tên hợp đồng bảo hiểm, và công ty bảo hiểm; vì vậy, tôi có trách nhiệm trả mọi chi phí không được hãng bảo hiểm của tôi chi trả.

Chăm Sóc Khẩn Cấp Sau Giờ Làm Việc: Giờ làm việc của các cơ sở y tế của WesternU CDM clinic(s) có thể khác nhau, tuy nhiên hầu hết đều mở cửa từ thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8:00 giờ sáng đến 4:30 chiều. Nếu có biến chứng khẩn cấp hoặc sau phẫu thuật xảy ra sau giờ làm việc này hoặc vào cuối tuần hay ngày lễ, ***Tôi phải gọi số điện thoại chính của văn phòng tại cơ sở y tế và cuộc gọi của tôi sẽ được chuyển cho dịch vụ trả lời điện thoại, sẽ giúp tôi gặp được nha sĩ thực tập hoặc một nha sĩ trực của khoa.*** Nếu tôi bị chảy máu không cầm được hoặc bị sưng và gây trở ngại cho việc thở ở bất kỳ mức độ nào, hoặc trong trường hợp khẩn cấp đe dọa tới tính mạng, tôi sẽ trực tiếp đến phòng cấp cứu của địa phương để được giúp đỡ.

Sức Khỏe: Nếu tôi có bất kỳ thay đổi nào về tình trạng sức khỏe, thay đổi về thuốc men hoặc bất kỳ lần nằm viện nào mới đây, tôi sẽ thông báo cho nha sĩ thực tập. Nếu tôi uống một loại thuốc gọi là bisphosphonates (như Fosamax®, Actonel®, Boniva®, Skelid®, Didronel®, Aredia®, Zometa®, and Bonefos®), tôi sẽ thông báo cho nha sĩ thực tập vì tôi có thể có nguy cơ phát triển bệnh hoại tử xương (xương chết) của xương hàm và một số điều trị nha khoa nhất định có thể gia tăng nguy cơ.

Đến Khám tại các Buổi Hẹn: Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm đến khám tại các buổi hẹn và phải báo trước **ít nhất 48 giờ** nếu tôi muốn hủy một cuộc hẹn. Tôi cũng hiểu rằng nếu tôi tiếp tục hủy, hoặc hủy các cuộc hẹn mà không thông báo trước đủ thời gian, tôi sẽ không thể tiếp tục được điều trị tại WesternU CDM clinic(s) nữa.

Hành Vi được Trông Đợi: Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm cân nhắc và tôn trọng quyền của các bệnh nhân khác và nhân viên của WesternU CDM clinic(s). Ngoài ra, tôi cũng hiểu rằng tôi có trách nhiệm tôn trọng tài sản của những người khác tại WesternU CDM clinic(s). Tôi cũng biết rằng tôi được trông đợi phải đối xử lịch sự và tôn trọng với khoa, nhân viên và sinh viên của WesternU CDM clinic(s). Hành vi không thích hợp hoặc những nhận xét về văn hóa, dân tộc, hay bản chất giới tính sẽ không được dung thứ và sẽ dẫn tới việc tôi không được chấp nhận làm bệnh nhân của WesternU CDM clinic(s).

Không Tiếp Tục Điều Trị: WesternU CDM clinic(s) cũng giữ quyền không tiếp tục điều trị cho tôi. Nếu việc điều trị của tôi bị chấm dứt, bất kỳ tín dụng còn thừa nào cho các dịch vụ không được cung cấp sẽ được trả lại cho tôi.

Hồ Sơ Nha Khoa: Tôi hiểu rằng hồ sơ nha khoa, hình chụp quang tuyến, hình chụp, mẫu và bất kỳ công cụ trợ giúp chẩn đoán nào khác liên quan tới việc điều trị của tôi ở đây, là tài sản của WesternU CDM clinic(s). Tôi thừa nhận rằng tôi có quyền kiểm tra các hồ sơ này và/hoặc nhận một bản sao của hồ sơ hoặc yêu cầu hồ sơ này được gửi tới một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Nếu muốn lấy bản sao của hồ sơ của mình, tôi sẽ cần phải điền đầy đủ và ký đơn ***Tiết Lộ Thông Tin***. WesternU CDM clinic(s) có thể thu một khoản lệ phí hành chính hợp lý cho dịch vụ này. WesternU CDM clinic(s) được ủy quyền trao thông tin từ hồ sơ nha khoa của tôi cho công ty bảo hiểm để lấy khoản hoàn trả tài chính cho việc điều trị được cung cấp cho tôi.

Than Phiền: Nếu tôi có lo ngại mà nha sĩ thực tập hoặc thành viên của khoa không thể giải quyết, tôi hiểu rằng tôi có thể liên lạc với WesternU CDM clinic(s) để nói chuyện với Điều Phối Viên Chăm Sóc Bệnh Nhân hay quản lý của cơ sở y tế được chỉ định cho tôi.

An Ninh: Tôi hiểu rằng vì các mục đích an ninh, khắp nơi trong mỗi cơ sở y tế WesternU CDM clinic(s) đều có camera.

Thỏa Thuận: Tôi đồng ý cho khám bệnh, chụp quang tuyến, mẫu, chụp hình, kiểm tra chẩn đoán để soạn *chương trình điều trị* đề nghị và tôi cũng đồng ý thêm cho bất kỳ quy trình điều trị nào, được chẩn đoán và nêu rõ trong chương trình điều trị. Tôi đồng ý rằng tất cả hồ sơ là tài sản của Western University of Health Sciences, College of Dental Medicine và có thể được sử dụng cho mục đích dạy học hoặc trong các ấn phẩm khoa học và tôi không có quyền nhận bất kỳ khoản thù lao về tài chính nào.
Miễn Trừ Trách Nhiệm: Tôi hiểu rằng việc chăm sóc sức khỏe nha khoa của tôi không có sự bảo đảm nào, nói rõ hay ngộ ý. Ngoài ra, tôi đồng ý miễn trừ trách nhiệm, không gây tổn hại và miễn tất cả các đơn đòi bồi thường, tổn thất hay hư hại vì hoặc liên quan tới việc điều trị được nêu ở đây bởi nha sĩ thực tập, khoa nha hay WesternU CDM clinic(s).

Chữ ký của tôi dưới đây chứng tỏ rằng tôi đã đọc và hiểu thông tin bên trên và tôi sẵn sàng tuân theo nội dung trên, và rằng tôi là bệnh nhân, phụ huynh hay giám hộ của bệnh nhân có đủ quyền để đưa ra thỏa thuận đồng ý, hoặc tôi đủ thẩm quyền để ủy quyền bởi bệnh nhân là đại diện chung của bệnh nhân để thực hiện nội dung bên trên và chấp nhận các điều khoản trong đây.

Tên của Bệnh Nhân _____ **Ngày**_____

Chữ Ký của Bệnh Nhân/Phụ Huynh hay Giám Hộ _____

Tên của Phụ Huynh/Giám Hộ nếu áp dụng _____

Chữ Ký của Người Làm Chứng (Khoa hoặc Sinh Viên) _____

Bản sao điện tử có chữ ký của mẫu đơn này cũng có giá trị như bản Gốc.

WesternU Health
Pomona

THỎA THUẬN CÓ HIỂU BIẾT VỀ ĐIỀU TRỊ HẠN CHẾ

Thông Tin Chung: Các cơ sở y tế của Western University of Health Sciences, College of Dental Medicine sẽ được gọi là "WesternU CDM clinic(s)" trong tài liệu này. Tôi đã chọn điều trị nha khoa khẩn cấp ở WesternU CDM clinic(s). Điều trị nha khoa khẩn cấp thông thường là điều trị tạm thời với mục đích giảm đau cấp tính và/hoặc nhiễm trùng ở một răng hoặc một chỗ mà người ta có nhu cầu nguy cấp. Tôi hiểu rằng việc chăm sóc khẩn cấp cho tôi hôm nay được cung cấp bởi một nhóm sinh viên nha khoa, nha khoa được cấp bằng, và đội ngũ nhân viên được huấn luyện tốt. Tôi cũng thừa nhận thêm rằng tôi và/hoặc người phụ thuộc của tôi đã được cung cấp một bản sao của *"Tờ Thông Tin về Vật Liệu Nha Khoa".* Tôi hiểu rằng tôi có thể đặt câu hỏi về các vật liệu có thể được sử dụng trong các quy trình chăm sóc nha khoa như amalgam, nhựa tổng hợp, sứ bọc kim loại, và hợp kim vàng và sự chấp nhận của các loại vật liệu này theo hướng dẫn của Hiệp Hội Nha Khoa Hoa Kỳ. Ngoài ra, tôi thừa nhận rằng *"Đạo Luật Quyền của Bệnh Nhân"* được niêm yết để xem trong văn phòng, và tôi đã được mời xem *"Thông Báo Bảo Mật"*.

Điều Trị: Tôi đã được thông báo rằng quy trình tôi làm ngày hôm nay là để giảm đau và có thể cần có thêm quy trình trị liệu nội nha. Tôi hiểu rằng việc trị liệu nội nha chưa được hoàn tất vào lúc này trên răng của tôi. Tôi hiểu rằng tôi có nguy cơ bị nhiễm trùng nặng, bị vỡ răng có liên quan, đau nhiều, hoặc bị mất răng này nếu việc trị liệu nội nha bị dời lại vô thời hạn hoặc không được hoàn thành.

Chăm Sóc Khẩn Cấp Sau Giờ Làm Việc: WesternU CDM clinic(s) mở cửa từ thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8:00 giờ sáng đến 4:30 chiều. Nếu có biến chứng khẩn cấp hoặc sau phẫu thuật xảy ra sau giờ làm việc này hoặc vào cuối tuần hay ngày lễ, *tôi* ***phải gọi số điện thoại chính của văn phòng tại cơ sở y tế và cuộc gọi của tôi sẽ được chuyển cho dịch vụ trả lời điện thoại, sẽ giúp tôi gặp được nha sĩ thực tập hoặc một nha sĩ trực của khoa.*** Nếu tôi bị chảy máu không cầm được hoặc bị sưng và gây trở ngại cho việc thở ở bất kỳ mức độ nào, hoặc trong trường hợp khẩn cấp khác đe dọa tới tính mạng, tôi sẽ trực tiếp đến phòng cấp cứu gần nhất để được điều trị.

Hành Vi được Trông Đợi: Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm cân nhắc và tôn trọng quyền của các bệnh nhân khác và nhân viên của WesternU CDM clinic(s). Ngoài ra, tôi cũng hiểu rằng tôi có trách nhiệm tôn trọng tài sản của những người khác tại WesternU CDM clinic(s). Tôi cũng biết rằng tôi được trông đợi phải đối xử lịch sự và tôn trọng với khoa, nhân viên và sinh viên của WesternU CDM. Hành vi không thích hợp hoặc những nhận xét về văn hóa, dân tộc, hay bản chất giới tính sẽ không được dung thứ và sẽ dẫn tới việc tôi không được chấp nhận làm bệnh nhân của WesternU CDM clinic(s).

Hồ Sơ Nha Khoa: Tôi hiểu rằng hồ sơ nha khoa, hình chụp quang tuyến, hình chụp, mẫu và bất kỳ công cụ trợ giúp chẩn đoán nào khác liên quan tới việc điều trị của tôi ở đây, là tài sản của WesternU CDM. Tôi thừa nhận rằng tôi có quyền kiểm tra các hồ sơ này và/hoặc nhận một bản sao của hồ sơ hoặc yêu cầu hồ sơ này được gửi tới một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác. Nếu muốn lấy bản sao của hồ sơ của mình, tôi sẽ cần phải điền đầy đủ và ký đơn ***Tiết Lộ Thông Tin***. WesternU CDM clinic(s) có thể thu một khoản lệ phí hành chính hợp lý cho dịch vụ này. WesternU CDM clinic(s) được ủy quyền trao thông tin từ hồ sơ nha khoa của tôi cho công ty bảo hiểm để lấy khoản hoàn trả tài chính cho việc điều trị được cung cấp cho tôi.

Than Phiền: Nếu tôi có lo ngại mà nha sĩ thực tập hoặc thành viên của khoa không thể giải quyết, tôi hiểu rằng tôi có thể liên lạc với Điều Phối Viên Chăm Sóc Bệnh Nhân, Giám Đốc Dịch Vụ Chăm Sóc Bệnh Nhân, hay Quản Lý của cơ sở y tế.

Thỏa Thuận: Tôi đồng ý được khám, chụp quang tuyến, xét nghiệm chẩn đoán, và điều trị CHỈ để giải quyết tình trạng nha khoa khẩn cấp này. Tôi biết rằng tôi có thể cần thêm các quy trình khác, điều trị thêm, và cần khám và chụp quang tuyến đầy đủ để được đánh giá và chẩn đoán tổng thể các nhu cầu nha khoa của tôi. Tôi đồng ý thêm rằng tất cả hồ sơ là tài sản của WesternU CDM và có thể được sử dụng cho mục đích dạy học hoặc trong các ấn phẩm khoa học và tôi không có quyền nhận bất kỳ khoản thù lao về tài chính nào.

Miễn Trừ Trách Nhiệm: Tôi hiểu rằng việc chăm sóc sức khỏe nha khoa của tôi không có sự bảo đảm nào, nói rõ hay ngộ ý. Ngoài ra, tôi đồng ý miễn trừ trách nhiệm, không gây tổn hại và miễn tất cả các đơn đòi bồi thường, tổn thất hay hư hại vì hoặc liên quan tới việc điều trị được nêu ở đây bởi bác sĩ thực tập, khoa hay WesternU CDM.

Chữ ký của tôi dưới đây chứng tỏ rằng tôi đã đọc và hiểu thông tin bên trên và tôi sẵn sàng tuân theo nội dung trên, và rằng tôi là bệnh nhân, phụ huynh hay giám hộ của bệnh nhân có đủ quyền để đưa ra thỏa thuận đồng ý, hoặc tôi đủ thẩm quyền để ủy quyền bởi bệnh nhân là đại diện chung của bệnh nhân để thực hiện nội dung bên trên và chấp nhận các điều khoản trong đây.

Tên của Bệnh Nhân: _____ Ngày: _____

Chữ Ký của Bệnh Nhân/Phụ Huynh hay Giám Hộ: _____

Tên của Phụ Huynh/Giám Hộ nếu áp dụng: _____

Chữ Ký của Người Làm Chứng (Khoa hoặc Sinh Viên):_____

Bản sao điện tử có chữ ký của mẫu đơn này cũng có giá trị như bản Gốc.

WesternU Health
Pomona

Thông Tin về Trách Nhiệm Tài Chính của Bệnh Nhân

Chính Sách Trả Hóa Đơn

Western University of Health Sciences, College of Dental Medicine Clinics ("WesternU CDM Clinic(s)") là các cơ sở nha khoa thu phí dịch vụ. Trung Tâm Nha Khoa thu $20.00 cho chi phiếu thủng và giữ quyền yêu cầu một hình thức trả tiền khác bao gồm cả việc sử dụng công ty đòi nợ để lấy lại bất kỳ khoản tiền nào đến hạn và phải trả

Tiền trả cho dịch vụ bằng tiền mặt, Thẻ Visa, MasterCard, hay Discover Card có thể qua một trong các phương pháp sau:

1. **Tiền trả khi việc chữa trị được thực hiện** - phải trả đầy đủ cho các dịch vụ đã hoàn tất.
2. **Trả trước các lệ phí**- trả bình thường trước khi bắt đầu quy trình hay giai đoạn của chương trình chữa trị được chấp thuận. Các cuộc hẹn sẽ được sắp xếp khi đã trả tổng chi phí chữa trị hay giai đoạn chữa trị.
3. **Chữa trị theo giai đoạn** - Một số chương trình chữa trị có thể được hoàn tất theo giai đoạn cho phép có quãng thời gian giữa các giai đoạn chăm sóc nha khoa.
4. **Care Credit** -Dạng tiền trả này được trả cho các chương trình chữa trị đã được chấp thuận khi bổn phận tài chính của bệnh nhân lớn hơn $500.00. (Các) chương trình trả góp không tiền lời (tới 18 thángg) hoặc các chương trình trả góp phân lời thấp (24, 36 hoặc 48 tháng) có xét điểm tín dụng của Care Credit.

Chỉ Định Phúc Lợi và Tiết Lộ PHI:

1. **CHỈ ĐỊNH PHÚC LỢI:** Nay tôi chỉ định trực tiếp cho WesternU CDM Clinic(s) tất cả phúc lợi nha khoa và hoặc phẫu thuật nha khoa nếu có, có thể trả cho tôi cho các dịch vụ đã thực hiện. Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm về tài chính cho tất cả chi phí dù hãng bảo hiểm nha khoa của tôi có trả hay không.
2. **TIẾT LỘ PHI:** Nay tôi ủy quyền cho WesternU CDM Clinics nhận và/hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI) của tôi vì mục đích chữa trị, trả tiền, và các hoạt động. Tôi có thể rút lại ủy quyền này vào bất kỳ lúc nào. Tôi hiểu rằng các tiết lộ khác chỉ được thực hiện khi có sự ủy quyền bằng văn bản của tôi, trừ khi được phép hoặc được yêu cầu bởi luật pháp. Bản đầy đủ của "Thông Báo về Thông Lệ Bảo Mật" cho Western University of Health Sciences, College of Dental Medicine Clinic sẽ được cung cấp cho tôi khi có yêu cầu.

Bảo Hiểm Nha Khoa và Bảo Hiểm của Đệ Tam Nhân Khác:

Western University Dental Center chỉ chấp nhận Delta Dental PPO, MetLife PPO, và Denti-Cal lệ phí dịch vụ.

1. Bệnh nhân có bảo hiểm Delta Dental hay bảo hiểm MetLife được mong đợi phải trả khoản đồng trả cho mỗi lần đến khám.
2. Chúng tôi không tham gia vào bất kỳ chương trình HMO nào.
3. Bệnh nhân có Denti-Cal phải trình Beneficiary Identification Card (BIC) để chúng tôi có thể xác minh sự hợp lệ.
4. Nếu chúng tôi không thể xác minh sự hợp lệ, tiền trả cho các dịch vụ phải được nộp bằng cách sử dụng một trong các phương pháp ghi bên trên.
5. Bệnh nhân có trách nhiệm trả cho các quy trình không được Delta Dental, MetLife hay Denti-Cal bảo hiểm.

Chấm Dứt Dịch Vụ

Nếu việc chăm sóc nha khoa chấm dứt và:

1. Nếu còn số tiền tín dụng trong trương mục, khoản tiền hoàn lại sẽ được gửi cho người thích hợp ghi trên trương mục.
2. Nếu có khoản tiền phải trả trên trương mục, khoản tiền phải trả vào ngày chấm dứt chữa trị nha khoa.

Lời Khai và Chữ Ký của Người Chịu Trách Nhiệm Trả Tiền

Là người có trách nhiệm trả tiền, tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu bổn phận tài chính cho tôi và/hoặc những bệnh nhân được chữa trị trong trương mục của tôi và các dịch vụ nha khoa phải được trả theo chính sách và hướng dẫn của WesternU CDM Clinic(s). ***Tôi hiểu rằng WesternU CDM Clinic(s) sẽ cung cấp ước tính có thiện chí về chi phí chăm sóc và lợi ích tiềm năng và, các khoản ước tính không đảm bảo sẽ là chi phí cuối cùng của việc chăm sóc nha khoa cũng không phải là khoản tiền thật sự phải trả của đệ tam nhân***. Là người có trách nhiệm trả tiền, tôi có trách nhiệm trả mọi chi phí mà tôi và/hoặc các bệnh nhân bao gồm trong trương mục của tôi phải chịu.

_____ _____

Tên bằng Chữ In Ngày

_____

Chữ Ký

Bản sao điện tử có chữ ký của mẫu đơn này cũng có giá trị như bản Gốc

WesternU Health
Pomona

Hôm Nay Ngày: _____

Câu Hỏi Thăm Dò về Lịch Sử Chăm Sóc Nha Khoa cho Trẻ Em

Tên của con quý vị: _____ Ngày Sinh: _____

Được Giới Thiệu Bởi: _____

1. Trước đây con quý vị đã đi khám với nha sĩ chưa? ☐ Có ☐Không

   Nếu Có, lần mới đây nhất vào ngày nào? _____

   Nếu Có, có vấn đề gì trong lần khám đó không? _____

2. Trước đây con quý vị đã chụp răng bằng quang tuyến chưa? ☐ Có ☐Không

   Nếu Có, khi nào: _____

   Nếu Có, có vấn đề gì trong quy trình đó không: _____

3. Trước đây con quý vị có trải qua bất kỳ tổn thương nào ở miệng, đầu, hay răng không?☐Có ☐Không

   Nếu Có, khi nào_____ Ở đâu hay phần nào ở trên đầu?_____

   Nếu Có, bị như thế nào_____

4. Trước đây con quý vị có bị (cá) vấn đề khi mọc răng hay răng bị chẻ hay không?☐Có ☐Không

   Nếu Có, khi nào? _____ Bị như thế nào?_____

5. Trước đây con quý vị có được bất kỳ chữa trị chỉnh hình răng nào không? ☐ Có ☐Không

   Nếu có, hãy giải thích: _____

6. Con quý vị có tham gia chơi thể thao có tiếp xúc không? ☐Có ☐Không

   Nếu có, hãy giải thích:_____

7. Con quý vị có bất kỳ thói quen nào không? (mút ngón tay cái hoặc ngón tay, thở bằng miệng) Có Không

   Nếu có, hãy giải thích:_____

8. Con quý vị uống nước gì? Nước thành phố/vòi nước Nước giếng Nước chai Nước được lọc qua

9. Con quý vị có dùng kem đánh răng có fluoride không? ☐Có ☐Không

10. Con quý vị đánh răng mấy lần một ngày?_____
Trong những lần này, quý vị giúp bé đánh răng bao nhiêu lần?_____

11. Con quý vị dùng chỉ nha khoa thường xuyên như thế nào?_____
Trong những lần này, quý vị giúp bé dùng chỉ nha khoa bao nhiêu lần?_____

12. Lúc trước, con quý vị có bú sữa mẹ không? ☐Có ☐Không
Nếu có, con quý vị cai sữa từ bao giờ (tuổi tính theo tháng)_____

13. Quý vị mô tả thói quen ăn uống của con mình như thế nào?_____

_____

14. Con quý vị có sợ bất kỳ phần nào trong việc đến khám với nha sĩ không? ☐ Có ☐Không

Nếu Có, phần sợ nhất là gì?_____

15. Quý vị, người phối ngẫu/bạn đời có sợ được chăm sóc nha khoa không? ☐Có ☐Không
Nếu Có, phần sợ nhất là gì?_____
Nếu Có, con quý vị có biết rằng quý vị sợ đi khám với nha sĩ không? ☐Có ☐Không

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu mẫu đơn này, theo hiểu biết tốt nhất của tôi, tôi đã trả lời mỗi câu hỏi đầy đủ và chính xác. Tôi sẽ thông báo cho Western University of Health Sciences, College of Dental Medicine Clinic(s) ("WesternU CDM Clinics(s)") về bất kỳ thay đổi nào với sức khỏe và/hoặc thuốc men của con tôi. Ngoài ra, tôi sẽ không đòi hỏi WesternU CDM Clinic(s) phải chịu trách nhiệm chô bất kỳ sai lầm hoặc thiếu sót nào mà tôi có thể đã phạm phải khi điền vào mẫu đơn này.

Chữ ký của quý vị:_____ Ngày:_____

Tên của Quý Vị và Mối Quan Hệ với trẻ em này:_____

_____

Đơn được duyệt xét bởi:_____ Ngày:_____

_____ Ngày:_____

Bản sao điện tử có chữ ký của mẫu đơn này cũng có giá trị như bản Gốc

WesternU Health
Pomona

ỦY QUYỀN CHỤP HÌNH CHO BỆNH NHÂN

Bệnh nhân, giám hộ hợp pháp, hay quản lý ký tên dưới đây đồng ý cho các cơ sở y tế của Western University of Health Sciences, College of Dental Medicine (gọi chung là "WesternU CDM clinic(s)") có thể chụp hình cho tôi/bệnh nhân với mục đích lưu lại tài liệu về tiến triển liên quan đến sức khỏe của tôi. Chữ ký bên dưới của tôi cho thấy rằng tôi hiểu:

- Các hình chụp có thể được lưu lại trong tài liệu về việc chăm sóc và điều trị của tôi và/hoặc để lưu lại tài liệu về tiến triển của việc điều trị nói trên.
- Áp dụng các luật định tương tự về quyền bảo mật của bệnh nhân cho bất kỳ hình ảnh nào được chụp bởi WesternU CDM Clinic(s).
- The WesternU CDM Clinic(s) sẽ giữ quyền sở hữu những hình ảnh này nhưng tôi sẽ được phép vào xem và lấy bản sao.
- Các hình chụp sẽ được cất giữ an toàn để bảo vệ sự riêng tư của tôi và những hình ảnh này sẽ được giữ trong khoảng thời gian được luật pháp yêu cầu.
- Những hình ảnh này có thể được sử dụng khi không có xác định danh tính cá nhân để dạy học, trình bày học thuật/khoa học, hồ sơ chuyên môn, và những mục đích không liên quan đến quảng cáo hay lợi ích thương mại, thí dụ như quy trình phẫu thuật hay chăm sóc nha khoa được cung cấp bởi các nha sĩ thực tập khi phỏng vấn xin việc.
- Những bộ phận thân thể của tôi có thể được chụp hình là: _____

_____ _____
Ngày Ghi Tên bằng Chữ In

_____
Chữ Ký của Bệnh Nhân/Đại diện pháp lý/Quản Lý Chữ Ký

_____
Mối quan hệ

_____ _____
Ngày Chữ Ký của Người Làm Chứng

_____
Ghi Tên bằng Chữ In của Người Làm Chứng

Lưu Ý: Bản chụp hay bản sao điện tử của tài liệu này cũng có giá trị như bản gốc

WesternU Health
Pomona

HƯỚNG DẪN CÁCH LIÊN LẠC VỚI BỆNH NHÂN

Tên của Bệnh Nhân: _____ Ngày Sinh: _____

Một trong các mục đích của chúng tôi là bảo vệ quyền bảo mật của quý vị; vì vậy, trừ khi chúng tôi có sự cho phép của quý vị, thông tin về quý vị hoặc tài chính của quý vị sẽ không được đưa cho bất kỳ ai.

	Có	Không
Chúng tôi có thể gọi đến chỗ làm của quý vị không?	☐	☐
Chúng tôi có thể gọi đến nhà quý vị không?	☐	☐
Nếu quý vị trả lời "Không" cho một trong hai câu hỏi bên trên, quý vị có số điện thoại thay thế, như số cầm tay để chúng tôi có thể gọi cho quý vị không? Nếu quý vị trả lời "Có" cho một trong hai câu hỏi bên trên, số điện thoại này là gì?		
Chúng tôi có thể để lại lời nhắn (bao gồm cả thông tin về cuộc hẹn) trên điện thoại của quý vị hay không?	☐	☐
Chúng tôi có thể gửi fax cho quý vị không? Nếu có, số fax của quý vị là gì?	☐	☐
Chúng tôi có thể gửi emai cho quý vị không? Nếu có, chúng tôi nên sử dụng địa chỉ email nào?	☐	☐

Chúng tôi chỉ cung cấp thông tin của quý vị cho những người được ghi bên dưới:

Tên: _____ Số Điện Thoại: _____

Tên: _____ Số Điện Thoại: _____

Tên: _____ Số Điện Thoại: _____

_____ _____

Chữ Ký của Bệnh Nhân/Người Đảm Bảo Ngày

Lưu Ý: Thỏa thuận này có hiệu lực cho đến khi được thông báo khác đi bằng văn bản.

Lưu Ý: Bản chụp hay bản sao điện tử của tài liệu này cũng có giá trị như bản gốc

WesternU Health
Pomona

THÔNG BÁO VỀ THÔNG LỆ BẢO MẬT THỪA NHẬN ĐÃ NHẬN BẢN THÔNG BÁO

NGÀY: _____

Khi ký đơn này, tôi thừa nhận rằng tôi đã nhận một bản sao Thông Báo về Thông Lệ Bảo Mật của Western University of Health Sciences' (WesternU). Tôi hiểu rằng Thông Báo về Thông Lệ Bảo Mật cung cấp thông tin về cách thức WesternU có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi.

_____ _____
Tên của Bệnh Nhân (Chữ In) Chữ Ký của Bệnh Nhân

Nếu đơn này được đại diện hợp pháp của bệnh nhân điền, xin vui lòng ghi bằng chữ in, và ký tên của quý vị trong chỗ trống bên dưới:

_____ _____
Đại Diện Hợp Pháp (Chữ In) Chữ Ký của Đại Diện Hợp Pháp

_____
Mối quan hệ

Phần Dành Riêng để WesternU điền đầy đủ:

Điền đầy đủ vào phần này nếu đơn này không được ký tên và ghi ngày bởi bệnh nhân hay đại diện cá nhân của bệnh nhân.

Tôi đã cố gắng với thiện ý để lấy sự thừa nhận bằng văn bản về việc nhận được bản Thông Báo về Thông Lệ Bảo Mật của WesternU, nhưng đã không làm được vì lý do sau đây:

- ☐ Bệnh nhân từ chối ký tên
- ☐ Bệnh nhân không thể ký tên
- ☐ Lý do khác _____

_____ _____ _____
Tên của Nhân Viên (Chữ In) Chữ Ký của Nhân Viên Ngày

Đơn này phải được bao gồm trong hồ sơ y tế của bệnh nhân.

WesternU Health
Pomona

Thỏa Thuận Đồng Ý Khám Teledentistry

Là bệnh nhân của chúng tôi, chúng tôi muốn quý vị (hoặc phụ huynh/giám hộ) được biết về việc sử dụng teledentistry (khám nha khoa qua điện thoại) để đánh giá nhu cầu sức khỏe răng miệng cho quý vị. Teledentistry (đôi khi còn gọi là họp qua video) liên quan tới việc sử dụng phương tiện truyền thông điện tử, cụ thể là nền tảng hình và tiếng của Zoom. Sử dụng phương pháp này cho phép sinh viên và Nha Sĩ của khoa thu thập thông tin về nhu cầu sức khỏe răng miệng của quý vị mà không cần quý vị phải có mặt ở nơi chữa trị.

Chúng tôi chọn sử dụng Zoom vì nó kết hợp nghi thức an ninh hệ thống và phần mềm để bảo mật thông tin bệnh nhân và dữ liệu hình ảnh của quý vị. Nó cũng bao gồm các biện pháp bảo vệ an toàn dữ liệu của quý vị để đảm bảo sự trung thực chống lại sai lạc cố ý hay vô tình. Cuộc hẹn teledentistry của quý vị cũng có thể được thực hiện qua điện thoại trong trường hợp quý vị không thể sử dụng Zoom.

Trong cuộc hẹn teledentistry, sinh viên và Nha Sĩ của khoa sẽ xem lịch sử chăm sóc y tế và đặt các câu hỏi về sức khỏe của quý vị. Mặc dù chúng tôi đoán trước rằng chúng tôi sẽ có thể thu thập thông tin cần thiết về sức khỏe của quý vị một cách hiệu quả, nhưng sinh viên và Nha Sĩ của khoa luôn có thể sẽ quyết định rằng quý vị cần có cuộc hẹn đến trực tiếp. Nếu điều này xảy ra, quý vị sẽ được nhân viên từ một cơ sở thăm khám liên lạc để làm hẹn.

Tôi đã được giải thích rằng mục đích của teledentistry cho cuộc hẹn của tôi là để thu thập thông tin về sức khỏe của tôi với các điều khoản mà tôi tin rằng tôi đã được thông báo đầy đủ về các nguy cơ và ích lợi của teledentistry. Tôi hiểu rằng việc sử dụng hệ thống teledentistry qua internet cho phép sinh viên và Nha Sĩ của khoa xem hồ sơ và nói chuyện với tôi về việc chữa trị. Tôi cũng hiểu rằng sinh viên và khoa

Tôi hiểu rằng tôi có thể chọn không tham gia khám bệnh video qua teledentistry bất kỳ lúc nào trước và/hoặc trong buổi hẹn. Nếu tôi quyết định không tham gia trong cuộc hẹn nha khoa theo cách này, điều đó sẽ không ảnh hưởng tới quyền được chăm sóc hoặc chữa trị của tôi tại bất kỳ cơ sở nào của WesternU CDM Clinic(s).

Chữ ký của tôi bên dưới cho thấy rằng tôi đồng ý tham gia cuộc hẹn teledentistry qua cuộc họp dùng hình và tiếng của Zoom.

_____ _____

Chữ Ký của Bệnh Nhân (phụ huynh hay giám hộ) Ngày

_____

Tên của Bệnh Nhân bằng Chữ In

Bản sao điện tử có chữ ký của mẫu đơn này cũng có giá trị như bản Gốc

Thông Tin về Trám Răng

DENTAL BOARD OF CALIFORNIA

www.dbc.ca.gov

Tờ Thông Tin về Vật Liệu Nha Khoa

Giới Thiệu Vật Liệu Trám Răng An Toàn?

Sức khỏe của bệnh nhân và sự an toàn khi điều trị nha khoa là mục đích hàng đầu của các chuyên gia nha khoa California và Nha Sĩ Đoàn California. Mục đích của tờ thông tin này là cung cấp cho quý vị thông tin liên quan đến *rủi ro* và lợi ích của tất cả các vật liệu nha khoa được sử dụng trong việc phục hồi (trám) răng.

Nha Sĩ Đoàn California được yêu cầu theo luật * phải cung cấp tờ thông tin về vật liệu nha khoa này cho mọi nha sĩ được cấp phép ở bang California. Và tiếp sau đó, nha sĩ của quý vị phải cung cấp tờ thông tin này cho mỗi bệnh nhân mới và tất cả các bệnh nhân có lưu hồ sơ chỉ một lần trước khi bắt đầu bất kỳ quy trình trám răng nào.

Là bệnh nhân hoặc phụ huynh/giám hộ, quý vị được khuyến khích thảo luận với nha sĩ về thông tin được trình bày liên quan đến vật liệu trám răng đang được xem xét trong việc điều trị cụ thể cho quý vị.

** Bộ Luật Kinh Doanh và Nghành Nghề 1648.10-1648.20*

Phản Ứng Dị Ứng với Vật Liệu Nha Khoa

Các thành phần trong vật liệu trám răng có thể có tác dụng phụ hoặc gây dị ứng, giống như các vật liệu khác mà chúng ta có thể tiếp xúc trong cuộc sống hàng ngày. Rủi ro của các phản ứng như vậy là rất thấp đối với tất cả các loại vật liệu trám răng. Các phản ứng như vậy có thể do các thành phần cụ thể của vật liệu trám răng như các hợp kim thủy ngân, nickel, chromium và/hoặc beryllium gây ra. Thông thường, dị ứng sẽ tự bộc lộ như phát ban trên da và dễ dàng đảo ngược khi người bệnh không tiếp xúc với vật liệu.

Không có tài liệu nào ghi nhận các trường hợp phản ứng dị ứng với nhựa tổng hợp, chất làm bóng thủy tinh, chất tạo khuôn nhựa hoặc gốm sứ. Tuy nhiên, đã có những phản ứng dị ứng hiếm gặp được báo cáo với chất hỗn hống nha khoa, sứ bọc kim loại, hợp kim vàng và hợp kim nickel hoặc cobalt-chrome.

Nếu quý vị bị dị ứng, hãy nói chuyện với nha sĩ về những vấn đề tiềm ẩn này trước khi chọn vật liệu trám răng.

Độc Tính của Vật Liệu Nha Khoa

Nha Khoa Hỗn Hống

Thủy ngân ở dạng nguyên tố nằm trong danh sách các hóa chất theo Dự Luật 65 của Tiểu Bang California về khả năng gây độc cho hệ sinh sản. Thủy ngân có thể gây hại cho não đang phát triển của trẻ em hoặc thai nhi.

Hỗn hống nha khoa được tạo ra bằng cách trộn thủy ngân nguyên tố (43- 54%) và bột hợp kim (46-57%) có thành phần chủ yếu là bạc, thiếc và đồng. Điều này đã gây ra cuộc thảo luận về rủi ro của thủy ngân trong hỗn hống nha khoa. Chất thủy ngân này được phát ra với lượng nhỏ dưới dạng hơi. Một số lo ngại đã được nêu ra liên quan đến độc tính có thể xảy ra. Nghiên cứu khoa học vẫn tiếp tục về sự an toàn của hỗn hống nha khoa. Theo Trung Tâm Kiểm Soát và Phòng Ngừa Dịch Bệnh, có rất ít bằng chứng cho thấy sức khỏe bị tổn hại cho con số lớn những người có dùng hỗn hống nha khoa.

Cơ quan Quản Lý Thực và Dược Phẩm (FDA) và các tổ chức y tế công cộng khác đã điều tra sự an toàn của hỗn hống được sử dụng để trám răng. Kết luận: không có cơ sở khoa học nào chứng minh rằng hỗn hống gây hại cho bệnh nhân phục hình răng, ngoại trừ một số trường hợp dị ứng hiếm gặp. Tổ chức Y Tế Thế Giới đi đến kết luận tương tự khi tuyên bố, "Phục hình bằng hỗn hống là an toàn và hiệu quả về chi phí."

Có rất nhiều ý kiến đa dạng liên quan đến sự an toàn của hỗn hống nha khoa. Các câu hỏi đã được đặt ra về sự an toàn hỗn hống nha khoa với phụ nữ mang thai, trẻ em và bệnh nhân tiểu đường. Tuy nhiên, bằng chứng khoa học và tài liệu nghiên cứu trên các tạp chí khoa học được ngành bình duyệt cho thấy rằng phụ nữ khỏe mạnh, trẻ em và bệnh nhân tiểu đường không bị tăng nguy cơ do hỗn hống nha khoa trong miệng của họ.
FDA không hạn chế việc sử dụng hỗn hống nha khoa.

Nhựa Tổng Hợp

Một số loại Nhựa Tổng Hợp bao gồm Crystalline Silica, có trong danh sách Dự Luật 65 của Tiểu Bang California bao gồm các hóa chất được tiểu bang cho biết là gây ung thư.

Quý vị nên nói chuyện kỹ lưỡng về bất kỳ phương pháp điều trị nha khoa nào với nha sĩ của mình.

TRÁM NHA KHOA HỖN HỐNG

Hỗn hống nha khoa là một hỗn hợp tự cứng của bột hợp kim bạc-thiếc-đồng và thủy ngân lỏng và đôi khi được gọi là chất trám bạc vì màu sắc của nó. Nó thường được sử dụng làm vật liệu trám răng và thay thế cho những chiếc răng bị gãy.

Ưu Điểm

- Bền; lâu dài
- Vừa vặn; chống chọi tốt với các lực cắn
- Tương đối rẻ
- Nói chung, hoàn thành trong một lần hẹn
- Tự bít kín; co rút ít hoặc không co rút và chống rò rỉ
- Khả năng cao để chống bị sâu răng thêm, nhưng có thể khó tìm thấy sâu răng ở giai đoạn đầu
- Số lần phải sửa và thay thế thấp

Nhược Điểm

- Tham khảo "Giới Thiệu Vật Liệu Trám Răng An Toàn"
- Màu xám, không phải màu răng
- Có thể chuyển sang màu đậm khi bị ăn mòn; có thể làm ố răng theo thời gian
- Cần phải bỏ đi một phần răng khỏe
- Trong các hỗn hống lớn hơn, phần răng còn lại có thể yếu đi và gãy
- Vì kim loại có thể dẫn nhiệt nóng và lạnh, nên có thể nhạy cảm tạm thời khi dùng đồ nóng và lạnh.
- Tiếp xúc với các kim loại khác có thể gây ra dòng điện thụ động, trong phút chốc

Độ bền của bất kỳ ca phục hình răng nào không chỉ bị ảnh hưởng bởi vật liệu được làm mà còn bởi kỹ thuật của nha sĩ khi làm phục hình. Các yếu tố khác bao gồm các vật liệu hỗ trợ được sử dụng trong quy trình và sự hợp tác của bệnh nhân trong quy trình này. Thời gian phục hình sẽ kéo dài bao lâu tùy thuộc vào việc vệ sinh răng miệng, chăm sóc tại nhà, chế độ ăn uống và thói quen ăn nhai của quý vị

TRÁM RĂNG BẰNG NHỰA TỔNG HỢP

Trám răng bằng nhựa tổng hợp là một hỗn hợp bột thủy tinh và nhựa dẻo, đôi khi được gọi là chất trám trắng, nhựa hoặc màu răng. Nó được sử dụng để trám, khảm, bọc răng sứ, một phần và toàn bộ mão răng, hoặc để sửa chữa các phần của răng bị vỡ.

Ưu Điểm

- Chắc và bền
- Màu răng
- Một lần khám để trám răng
- Chống vỡ
- Răng được bảo tồn tối đa
- Nguy cơ rò rỉ nhỏ nếu chỉ gắn với men răng
- Không bị ăn mòn
- Nói chung, chịu được lực cắn tùy thuộc vào sản phẩm được sử dụng
- Chống sâu răng thêm ở mức trung bình và dễ tìm
- Số lần phải sửa chữa hoặc thay thế từ thấp đến trung bình

Nhược Điểm

- Tham khảo ”Giới Thiệu Vật Liệu Trám Răng An Toàn”
- Độ nhạy cảm của răng xảy ra ở mức trung bình; nhạy cảm với phương pháp áp dụng của nha sĩ
- Chi phí cao hơn hỗn hống nha khoa
- Vật liệu co lại khi cứng và có thể dẫn đến bị sâu răng thêm và/hoặc nhạy cảm với nhiệt độ
- Cần nhiều hơn một lần thăm khám để gắn chìm, bọc răng sứ, và làm mão răng
- Có thể mòn nhanh hơn men răng
- Có thể bị rò rỉ theo thời gian khi liên kết bên dưới lớp men

CEMENT THỦY TINH ĐIỆN LY

Cement thủy tinh điện ly là hỗn hợp thủy tinh và acid hữu cơ tự đông cứng. Nó có màu giống răng và thay đổi về độ trong hay mờ. Thủy tinh điện ly thường được sử dụng cho các chỗ trám nhỏ, gắn cement cho kim loại và mão răng sứ/kim loại, lót và phục hình tạm thời.

Ưu Điểm

- Tương đối có thẩm mỹ
- Có thể giúp chống sâu răng vì nó tiết ra chất fluoride
- Chỉ phải lấy ra phần răng tối thiểu và nó gắn kết tốt với cả men răng và ngà răng ở dưới men răng
- Vật liệu này có tỷ lệ thấp gây ra nhạy cảm răng
- Thường được hoàn thành trong một lần khám răng

Nhược Điểm

- Giá thành tương đương với nhựa tổng hợp (đắt hơn hỗn hống)
- Sử dụng hạn chế sử dụng vì nó không được khuyến khích dùng cho bề mặt cắn ở răng vĩnh viễn
- Khi dùng lâu, vật liệu này có thể trở nên thô ráp và có thể làm tăng sự tích tụ của mảng bám và khả năng mắc bệnh nha chu
- Không vừa vặn; có xu hướng nứt theo thời gian và có thể bị bong ra

CEMENT NHỰA ĐIỆN LY

Cement nhựa điện ly là hỗn hợp của thủy tinh và nhựa polymer và axit hữu cơ tự đông cứng khi tiếp xúc với ánh sáng xanh được sử dụng trong văn phòng nha khoa. Nó có màu răng nhưng trong hơn cement thủy tinh điện ly. Nó thường được sử dụng nhiều nhất cho các chỗ trám nhỏ, gắn cement cho kim loại, mão răng sứ kim loại và lớp lót.

Ưu Điểm

- Thẩm mỹ rất tốt
- Có thể giúp chống sâu răng vì nó tiết ra chất fluoride
- Chỉ phải lấy ra phần răng tối thiểu và nó gắn kết tốt với cả men răng và ngà răng ở dưới men răng
- Tốt cho các bề mặt không dùng để cắn
- Có thể được sử dụng để phục hình răng sữa ngắn hạn
- Có thể chắc hơn thủy tinh điện ly nhưng không tốt bằng nhựa tổng hợp
- Khả năng chống rò rỉ tốt
- Vật liệu này có tỷ lệ thấp gây ra nhạy cảm răng
- Thường được hoàn thành trong một lần khám răng

Nhược Điểm

- Giá thành tương đương với nhựa tổng hợp (đắt hơn hỗn hống)
- Sử dụng hạn chế vì nó không được khuyến khích dùng để phục hồi bề mặt cắn cho người lớn
- Mòn nhanh hơn nhựa tổng hợp và hỗn hống

SỨ (GỐM)

Sứ là vật liệu giống như thủy tinh dùng để trám răng hoặc làm mão răng bằng cách sử dụng các khuôn đã được chuẩn bị sẵn của răng. Vật liệu này có màu răng và được sử dụng để gắn chìm, làm răng sứ, mão răng và cầu răng cố định.

Ưu Điểm

- Chỉ cần mài răng rất ít để sử dụng bọc răng sứ; cần phải mài răng nhiều hơn để làm mão răng vì độ chắc của nó là nhờ độ lớn (kích thước)
- Chống không bị sâu răng thêm rất tốt nếu răng phục hồi được gắn vừa vặn
- Không bị mài mòn bề mặt nhưng có thể gây mòn chút ít cho răng đối diện
- Không rò rỉ vì nó có thể được định hình cho vừa vặn rất chính xác
- Chất liệu không gây nhạy cảm cho răng

Nhược Điểm

- Vật liệu giòn và có thể bị vỡ vì lực cắn
- Có thể không được khuyến khích cho răng hàm
- Chi phí cao hơn vì cần ít nhất hai lần đến thăm khám và các dịch vụ của phòng làm răng

HỢP KIM NICKEL HAY COBALT-CHROME

Hợp kim nickel hay cobalt-chrome là hỗn hợp của nickel và chromium. Chúng có màu kim loại bạc sẫm và được sử dụng cho mão răng, cầu răng cố định và hầu hết các khung làm răng giả một phần.

Ưu Điểm

- Chống không bị sâu răng thêm rất tốt nếu răng phục hồi được gắn vừa vặn
- Rất bền; không bị gãy khi bị chèn ép
- Không bị ăn mòn trong miệng
- Cần phải lấy đi lượng răng tối thiểu
- Không rò rỉ vì nó có thể được định hình cho vừa vặn rất chính xác

Nhược Điểm

- Không có màu răng; hợp kim là kim loại màu bạc sẫm
- Dẫn nhiệt và lạnh; có thể gây kích ứng răng nhạy cảm
- Có thể mài mòn răng đối diện
- Giá cao; cần ít nhất hai lần đến thăm khám và các dịch vụ của phòng làm răng
- Mòn hơi nhiều hơn cho răng đối diện

SỨ BỌC KIM LOẠI

Loại sứ này là vật liệu giống như thủy tinh được "tráng men" trên các vỏ kim loại. Nó có màu răng và được sử dụng cho mão răng và cầu răng cố định

Ưu Điểm

- Chống không bị sâu răng thêm rất tốt nếu răng phục hồi được gắn vừa vặn
- Rất bền, do cấu trúc kim loại bên trong
- Chất liệu không gây nhạy cảm cho răng
- Không rò rỉ vì nó có thể được định hình cho vừa vặn rất chính xác

Nhược Điểm

- Phải mài đi nhiều răng hơn (so với sứ) vì cấu trúc kim loại bên trong
- Chi phí cao hơn vì cần ít nhất hai lần đến thăm khám và các dịch vụ của phòng làm răng

HỢP KIM VÀNG

Hợp kim vàng là hỗn hợp có màu của vàng, đồng và các kim loại khác và được sử dụng chủ yếu cho mão răng và cầu răng cố định và một số khung hàm giả một phần

Ưu Điểm

- Chống không bị sâu răng thêm rất tốt nếu răng phục hồi được gắn vừa vặn
- Rất bền; không bị gãy khi bị chèn ép
- Không bị ăn mòn trong miệng
- Cần phải lấy đi lượng răng tối thiểu
- Bọc tốt; không gây mòn quá mức cho các răng đối diện
- Không rò rỉ vì nó có thể được định hình cho vừa vặn rất chính xác

Nhược Điểm

- Không có màu răng; hợp kim có màu vàng
- Dẫn nhiệt và lạnh; có thể gây kích ứng răng nhạy cảm
- Giá cao; cần ít nhất hai lần đến thăm khám và các dịch vụ của phòng làm răng

DENTAL BOARD OF CALIFORNIA

www.dbc.ca.gov

Xuất Bản

CALIFORNIA DEPARTMENT OF CONSUMER AFFAIRS
5/04