



www.orthoworks.com

DAVID SHEN, D.M.D. & ASSOCIATES
SPECIALISTS IN ORTHODONTICS & INVISALIGN®

ADULT PATIENT INFORMATION
成人患者信息

PATIENT INFORMATION (Please Print)

患者信息(请使用手写体)

Patient's Name 患者姓名 Last 姓 First 名 Middle 中间名 Date of Birth 出生日期 Month 月 / Day 日 / Year 年 M 男 F 女

Home Address 家庭地址 Street 街道 City 城市 Zip Code 邮编 Phone () 电话

Social Security Number 社安号 E-mail Address 电子邮箱

Employer 雇佣单位 Occupation 职业

Work Address 工作地址 Street 街道 City 城市 Zip Code 邮编 Phone () 电话

Referred By 推荐人

Dentist 牙医 Phone () 电话

Physician 家庭医生 Phone () 电话

Spouse's Name 配偶姓名 Last 姓 First 名 Middle 中间名 Date of Birth 出生日期

Social Security Number 社安号

Employer 雇佣单位 Occupation 职业

Spouse's Work Address 配偶工作地址 Phone () 电话

Are you covered by orthodontic insurance? 你是否有牙科保险? Yes 是 No 否

If yes, please complete the following information. 如果是, 请完整填写下列信息。

IF YOU HAVE COVERAGE FROM MORE THAN ONE COMPANY, PLEASE GIVE ALL INFORMATION FOR EACH COMPANY.

如果你有多个保险公司, 请提供每一个保险公司的具体信息。

Name of Insurance Company 保险公司名称 Name of Policy Holder 持保人姓名 Date of Birth 生日

Policy Holders' Employer(s) 持保人雇佣单位 Union Local Number(s) 当地工会号 Employer Group Number 雇佣单位组号

Person Responsible for Account 保险责任人

(If person other than above, please give address, phone and relationship.) (如果保险责任人不是患者本人, 请写明地址, 电话及与患者的关系。)

Name 姓名: _____

DENTAL HISTORY 牙科病史

Date of last dental care 上一次看牙医的日期 _____

Family history of orthodontic problems 牙科矫正家庭史 _____

Has an orthodontist been consulted previously? 以前是否咨询过矫牙医生? _____

Have you ever had your teeth straightened? (orthodontic) Yes No If yes, when
你是否曾经做过牙齿矫正? 是 否 如果是, 何时 _____

What is your main concern? _____
你最担心什么问题?

GUM Yes No 牙龈 是 否

Have you ever had treatments for gum disease?
你是否做过牙龈疾病的治疗?

If yes, when and by whom: _____
如果是, 何时何人为你治疗:

Do your gums bleed?
你是否有牙龈出血?

Have you had any gum boils or swelling?
你是否有过牙龈肿胀?

TEETH Yes No 牙齿 是 否

Are you self-conscious about the appearance of your teeth? . .
你是否对自己的牙齿外观感到难为情?

Do your teeth feel loose?
你是否有牙齿松动吗?

Do you clench or grind your teeth?
你是否磨牙?

Do you have sore or sensitive teeth?
你是否牙疼或有敏感性牙齿?

a) To cold, hot or sweet
对冷, 热, 甜食敏感

b) Chewing pressure
有咀嚼压力

Has there been any injury to the face, mouth or teeth?
你的面部, 嘴部或牙齿是否受过伤害?

TMJ Yes No 颞下颌 是 否

Does your jaw click, hurt or lock?
你的下颌是否咯吱作响, 疼痛或僵硬?

Do you have pain elsewhere in your face or jaw?
你的面部或下颌其他部位是否疼痛?

ORAL HYGIENE Yes No 口腔卫生 是 否

Has a dentist or hygienist shown you how to clean your teeth?
牙医或洁齿师是否为你展示过怎样清洁你的牙齿?

Do you still use these methods?
你还在使用那些方法清洁牙齿吗?

How often do you brush your teeth? _____
你多久刷一次牙?

List type of toothbrush: hard medium soft electric
你使用何种类型的牙刷 硬毛 不软不硬 软毛 电子
 other _____
其他

List any other aids: floss Stimudent water spray device
其他洁齿工具: 牙线 牙菌清除器 喷水器

rubber tip toothpick other _____
橡胶头 牙签 其他

How often used: _____
洁齿工具使用频率

Additional general dental information 一般牙科附加信息:

Name 姓名: _____

MEDICAL HISTORY 病史

Date of last medical care 上一次医疗检查的时间 _____

Have you been a patient in a hospital in the past 2 years? Yes No Reason: _____

在过去两年里有没有住过院? 有 无 原因

Health is Excellent Good Fair Poor

健康状况 优 良 一般 差

Do any of the following pertain to you? (Please check and describe fully under remarks.)

你是否有下列任何症状? (请选择是或者否, 并对有的症状进行详细的备注)

	Yes	No		Yes	No
	是	否		是	否
1. Allergies.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Rheumatic Fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
过敏			风湿热		
a) Penicillin or other Antibiotics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
青霉素或其他抗生素过敏			中风		
b) Local anesthetic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Do you have a pacemaker?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
局部麻醉剂过敏			你是否有安装心脏起搏器?		
c) Metal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. High Blood Pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
金属过敏			高血压		
d) Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Low Blood Pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胶乳过敏			低血压		
e) Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Kidney Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
其他过敏			肾脏疾病		
2. Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Liver Disease, Hepatitis, Jaundice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
关节炎			肝脏疾病, 肝炎, 黄疸		
3. Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Psychiatric Treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
哮喘			精神治疗		
4. Blood Disease or Abnormal Bleeding Problems ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Radiation Treatment.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血液病或异常出血			放射治疗		
a) Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Respiratory Disease.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
贫血			呼吸道疾病		
b) Clotting problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Stomach or Duodenal Ulcers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
凝血			胃溃疡或十二指肠溃疡		
c) Excessive bleeding requiring treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Tumor History	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
失血过多需要进行治疗			肿瘤史		
d) Other blood disorders.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Venereal Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
其他血液疾病			性病		
5. Chest Pains, Ankle Swelling or Shortness of	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Are you pregnant?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胸痛, 脚踝肿胀或呼吸急促			怀孕		
6. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. A.I.D.S. / HIV +	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
糖尿病			艾滋病 / 阳性艾滋病毒		
Occurrence in immediate family	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Phen-Fen or Diet Drugs.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
直系亲属中有糖尿病患者			Phen-Fen 或减肥药		
7. Epilepsy.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Bisphosphonates.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
癫痫			二磷酸盐		
8. Fainting 晕厥.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Other medical concerns:	_____	
9. Glandular Disease (thyroid, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	其他医疗问题		
腺性疾病(甲状腺等)					
10. Glaucoma 青光眼.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11. Heart Disease 心脏病.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12. Heart Murmur 心脏杂音	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Name 姓名: _____

Yes No
是 否

31. Are you taking medicine, drugs or pills regularly?
你是否经常服药?

If so, name of medication(s) _____
如果是, 请列出药物名称

32. Do you require pre-medication with antibiotics prior to dental treatments (based on physician's instructions)?
你是否需要在牙科治疗前(根据医生指示)使用抗生素?

If so, name of medication(s) _____
如果是, 请列出药物名称

33. Have you experienced any unfavorable reaction to previous dental treatments?
你在以前的牙科治疗中是否出现过不良反应?

Please explain particulars regarding any "yes" answers given above: _____

在上述选择中如果有任何答案选择了“是”请详细说明:

ACKNOWLEDGEMENT AND AUTHORITY
认证和授权

I consent to treatment as necessary or desirable to the care of the patient first named above, including, but not restricted to, whatever drugs, medicine, performance of operations and conduct of laboratory, x-ray or other studies that may be used by the attending doctor or his nurse or qualified designate.

我同意主治医生或他的护士或他指定的合格人士对上述患者进行治疗, 在治疗过程中包括, 但不限于使用任何药物, 实施手术, 进行实验室研究, 拍摄 X 射线或进行其他研究。

I also acknowledge full responsibility for the payment of such services and agree to pay for them. OrthoWorks Dental Group may run a credit report on me and/or my guarantor.

我也承认并同意支付此项服务的全部费用。OrthoWorks Dental Group 可能会查询我或我的担保人的信用报告。

I authorize assignment of insurance benefits payable to OrthoWorks.

我授权保险公司将保险费支付给 OrthoWorks。

Signed _____
签名

Date _____
日期

Patient, Parent or Agent (Must be 18 years or older)
患者, 家长或代理(18 周岁以上)

There is no change, to my personal knowledge, on my medical history.

据我所知, 我的病史没有任何改变。

Medical History Reviewed:

病史复合员:

Date: _____
日期

Initial: _____
姓名首字母

Date: _____
日期

Initial: _____
姓名首字母

Date: _____
日期

Initial: _____
姓名首字母

Date: _____
日期

Initial: _____
姓名首字母