Welcome to Grace Dental Group

1426 Fillmore Street, #215, San Francisco, CA 94115 | 753 Saratoga Avenue, San Jose, CA 94129 | 2710 Telegraph Ave, #250, Oakland, CA 94612

PATIENT'S NAME	S.S. # OR ID #	M / F	BIRTHDATE / /
STREET ADDRESS	CITY ST	ZIP CODE	HOME PHONE
PATIENT'S OR PARENT'S EMPLOYER	OCCUPATION OR SCHOOL NAME	BUSINESS PHONE	CELL PHONE
SPOUSE OR PARENT'S NAME	REFERRED BY:		

REASON FOR TODAY'S VISIT:

INSURANCE (POLICY HOLDER) INFORMATION

POLICY HOLDER'S NAME:	DENTAL INSURANCE COMPANY
S.S. # OR ID # ☐ SELF ☐ SPOUSE ☐ PARENT	PHONE # _____ POLICY # _____
DATE OF BIRTH / /	GROUP #
SECONDARY INSURANCE POLICY HOLER'S NAME:	SECONDARY INSURANCE COMPANY
S.S. # OR ID # ☐ SELF ☐ SPOUSE ☐ PARENT	PHONE # _____ POLICY # _____
DATE OF BIRTH / /	GROUP #

All professional services rendered are charged to the patient. Necessary forms will be completed to help expedite insurance carrier payments. However, the patient is responsible for ALL fees, regardless of insurance coverage. It is also customary to pay for services when rendered unless other arrangements have been made in advance with our office manager.

I authorize this office to release any information necessary to expedite insurance claim. I understand that I am responsible for all charges, regardless of insurance coverage. If insurance is filed for me, I request payment of benefits be made to Grace Dental Group.

SIGNED _____ DATE _____

OFFICE USE ONLY

INSURANCE COMPANY	*GROUP #*	*TELEPHONE #*
EFFECTIVE DATE	*WAITING PERIOD*	*NOTE*
INDIVIDUAL YEARLY MAXIMUM	*DEDUCTIBLE*	*FAMILY DEDUCTIBLE*
PREVENTIVE %	*BASIC %*	*MAJOR %*
SINGLE CROWN *BASIC* *MAJOR*	*ROOT PLANING* *BASIC* *MAJOR*	*ORTHO COVERAGE* *YES* *NO* *AMOUNT $* *%*
FULL MOUTH X-RAY *EVERY* *YR.*	*REPLACEMENT* *CROWN, EVERY* *YR.*	*REPLACEMENT* *DENTURE, EVERY* *YR.*
PRE-AUTH. REQUIRED?	*PRIOR TO EXTRACTION?* *YES* *NO*	*PROPHY PER 12 MO?*

MEDICAL - DENTAL HISTORY

MEDICAL

☐ YES ☐ NO ARE YOU UNDER ANY MEDICAL TREATMENT NOW?

☐ YES ☐ NO HAVE YOU HAD ANY MAJOR OPERATION?

☐ YES ☐ NO HAVE YOU EVER HAD ANY SERIOUS ACCIDENT INVOLVING HEAD OR JAW INJURIES?

☐ YES ☐ NO HAVE YOU EVER HAD ANY OF THE FOLLOWING?

- ☐ HEART AILMENT
- ☐ HIGH BLOOD PRESSURE
- ☐ LOW BLOOD PRESSURE
- ☐ RESPIRATORY DISEASE
- ☐ DIABETES
- ☐ RHEUMATIC FEVER
- ☐ HEPATITIS
- ☐ AIDS
- ☐ INTESTINAL DISEASE
- ☐ ANY BLOOD DISEASE
- ☐ ANY LIVER DISEASE
- ☐ ANY KIDNEY DISEASE
- ☐ ANY V.D.
- ☐ RHEUMATISM
- ☐ EPILEPSY
- ☐ OTHERS

☐ YES ☐ NO ARE YOU NOW TAKING ANY MEDICATIONS?
IF SO WHAT:

☐ YES ☐ NO ARE YOU ALLERGIC TO?

☐ YES ☐ NO IF SO WHAT?

- ☐ ASPIRIN
- ☐ PENNICILLIN
- ☐ RUBBER
- ☐ OTHER, NAME:

☐ YES ☐ NO ARE YOU PREGNANT (WOMAN ONLY)

☐ YES ☐ NO ANY OTHER CONDITIONS?

DENTAL

☐ YES ☐ NO DO YOU HAVE ANY SPECIFIC PROBLEM?

☐ YES ☐ NO DO YOU HAVE PAIN IN OR NEAR YOUR EARS?

☐ YES ☐ NO DO YOU HAVE ANY UNHEALED INJURIES OR INFLAMED AREAS IN OR AROUND YOUR MOUTH?

☐ YES ☐ NO HAVE YOU EXPERIENCED ANY GROWTH OR SORE SPOTS IN YOUR MOUTH?

☐ YES ☐ NO DOES ANY PART OF YOUR MOUTH HURT WHEN CLENCHED?

☐ YES ☐ NO ANY REACTION TO DENTAL ANESTHETIC?

☐ YES ☐ NO DO YOUR GUMS BLEED?

☐ YES ☐ NO HAVE YOU HAD PROLONGED BLEEDING FOLLOWING EXTRACTIONS IN THE PAST?

☐ YES ☐ NO DO YOU CHEW ON ONLY ONE SIDE OF YOUR MOUTH?

☐ YES ☐ NO DO YOU HABITUALLY CLENCH YOUR TEETH AT NIGHT?

☐ YES ☐ NO ANY PAIN FOR THE FOLLOWING?

- ☐ COLD FOOD/DRINK
- ☐ HOT FOOD/DRINK
- ☐ SWEETS
- ☐ SOUR

LOCATION? _____

WHEN WAS YOUR LAST FULL MOUTH X-RAY TAKEN?

_____

WHERE? _____

PLEASE TELL US IF YOU HAVE ANY OTHER MEDICAL/DENTAL CONDTIONS THAT YOU HAVE OR MIGHT HAVE?

_____

_____

_____

CERTIFICATION: I CERTIFY THAT THE ANSWERS GIVEN ARE CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE.

SIGNED _____ DATE _____

Welcome to Grace Dental Group

1426 Fillmore Street, #215, San Francisco, CA 94115 | 753 Saratoga Avenue, San Jose, CA 94129 | 2710 Telegraph Ave, #250, Oakland, CA 94612

보다 나은 진료를 위해 아래의 자료가 필요 합니다. 답하신 모든 자료는 비밀이 보장 됩니다

환자 성명 (영문)	소셜 시큐리티	남 / 여	생년 월일 / /
집 주소	시 주	짚코드	집 전화 #
환자 나 부모 의 직장 COMPANY NAME	직업 (학생: 학교 이름)	직장 전화 #	핸드폰 #
부부 또는 부모 성명	소개해 주신 분		
진료 부분, 상담 내용			

INSURANCE (POLICY HOLDER) INFORMATION

가입 자 성명 POLICY HOLDER'S NAME 가입자 와의 관계 ☐ 본인 ☐ 부부 ☐ 부모 소셜 시큐리티 # 생년 월일 / /	보험 회사 DENTAL INSURANCE COMPANY 전화 # 가입 번호 # 그룹 번호 #
가입 자 성명 (다른 보험 SECONDARY) 가입자 와의 관계 ☐ 본인 ☐ 부부 ☐ 부모 소셜 시큐리티 # 생년 월일 / /	보험 회사 (다른 보험 SECONDARY) 전화 # 가입 번호 # 그룹 번호 #

모든 진료비 는 환자의 부담입니다. 보험을 가지고 계신 분을 위해 보험 지급에 필요한 서류 양식은 저희가 도와 드립니다. 보험 적용 범위에 상관없이 모든 진료비 는 환자의 책임입니다. 또한 미리 계약된 이외의 진료비 는 진료당일 지급 하셔야 합니다.

나는 상기의 치과로 부터 보험 회사에게 보험 지급에 필요한 어떠한 자료의 양도를 허가 합니다. 나는 보험 적용 범위에 상관없이 모든 진료비에 대한 책임일 집니다. 보험 회사의 지급은 Grace Dental Group 로 할것을 원합니다.

환자 의 서명 _____ 날짜 _____

오피스 사용 OFFICE USE ONLY

INSURANCE COMPANY	*GROUP #*	*TELEPHONE #*
EFFECTIVE DATE	*WAITING PERIOD*	*NOTE*
INDIVIDUAL YEARLY MAXIMUM	*DEDUCTIBLE*	*FAMILY DEDUCTIBLE*
PREVENTIVE %	*BASIC %*	*MAJOR %*
SINGLE CROWN *BASIC* *MAJOR*	*ROOT PLANING* *BASIC* *MAJOR*	*ORTHO COVERAGE* *YES* *NO* *AMOUNT $* *%*
FULL MOUTH X-RAY *EVERY* *YR.*	*REPLACEMENT* *CROWN, EVERY* *YR.*	*REPLACEMENT* *DENTURE, EVERY* *YR.*
PRE-AUTH. REQUIRED?	*PRIOR TO EXTRACTION?* *YES* *NO*	*PROPHY PER 12 MO?*

건강 내력

해당되는 곳에 체크 하십시오

의과 내력

☐ 예 ☐ 아니오 지금 의사의 치료를 받고 계십니까?

☐ 예 ☐ 아니오 어떠한 수술을 받으신 적이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오 어떠한 사고로 머리나 턱에 부상을 당하신 적이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오 다음과 같은 증세나 질병을 가지고 계십니까?

- ☐ 심장병
- ☐ 위장병
- ☐ 고혈압
- ☐ 저혈압
- ☐ 신장병
- ☐ 당뇨병
- ☐ 간염 간 질환
- ☐ 기관지염 폐 질환
- ☐ 성병
- ☐ 류머티스열 신경통
- ☐ 암
- ☐ 간질
- ☐ 혈우병
- ☐ 동맥경화
- ☐ 빈혈
- ☐ 후천성 면역 결핍증

☐ 예 ☐ 아니오 지금 어떠한 약을 복용하고 계십니까?
약이름:

☐ 예 ☐ 아니오 엘러지나 약의 부작용이 있으십니까?

☐ 예 ☐ 아니오 다음과 같은 치료를 받으신 적이 있으십니까?

- ☐ 방사선 치료
- ☐ 화확 요법
- ☐ 인공 관절
- ☐ 심장 보조 조절기
- ☐ 심장 인공판막
- ☐ 장기이식

☐ 예 ☐ 아니오 임신중 이거나 수유증 입니까?

☐ 예 ☐ 아니오 피임약 복용중?

치과 내력

☐ 예 ☐ 아니오 어떤 특별한 문제가 있으십니까?

☐ 예 ☐ 아니오 귀 속이나 근처에 통증이 있으십니까?

☐ 예 ☐ 아니오 입 안에 낫지 않는 상처나 부으신 곳이 있으십니까?

☐ 예 ☐ 아니오 입 안에 무엇이 자라거나 헐은 곳이 있으십니까?

☐ 예 ☐ 아니오 음식을 씹으실 때 통증이 있으십니까?

☐ 예 ☐ 아니오 치과 마취제에 부작용이 있으십니까?

☐ 예 ☐ 아니오 과거 발치에 어려움이 있었습니까?

☐ 예 ☐ 아니오 과거 발치후 피 가 멈추지 않으신 경험이 있으십니까?

☐ 예 ☐ 아니오 잇몸에서 피 가 나십니까?

☐ 예 ☐ 아니오 습관적으로 이를 갈으십니까?

☐ 예 ☐ 아니오 다음과 같은 것에 통증이 있으십니까?

- ☐ 차가운 음식
- ☐ 뜨거운 음식
- ☐ 단 음식
- ☐ 신 음식

입 안 어느곳? _____

마지막으로 치과 X-Ray 를 찍은 것이 언제입니까?

_____

어디서? _____

위에 기록되지 않은 기타 질병이나 증세가 있으시면 설명해 주시기를 바랍니다.

_____

_____

_____

제가 알고 있는 한, 모든 대답이 완전하고 정확합니다. 건강에 변함이 있거나 약을 복용하게 될 때엔, 저의 치과 의사에게 알리겠습니다.

환자의 서명 _____ 날짜 _____