



COZY 233 East Shore Road, Suite 110
Great Neck, New York 11021
Tel: 516.304.5486 Fax: 516.304.5487

How did you hear about us? (Check one)

- ☐ Location ☐ Facebook ☐ Instagram
☐ Google ☐ Yelp ☐ Other Internet
☐ Family/Friend: _____
☐ Other: _____

Welcome To Our Office!

To help us meet all your healthcare needs, please fill out this form completely in ink.
If you have any questions or need assistance, please ask us and we will be happy to help.

Patient's Information

Patient Name : _____
First name Last name Middle Initial
Birthdate : ____/____/____ Sex: Male / Female SSN # : _____

Marital Status : Minor / Single / Married / Separated / Divorced / Widowed

Address : _____
Street App # City State Zip

Home phone : _____ Mobile phone : _____

E-mail address : _____

Emergency Contact : _____ Phone Number: _____

Responsible party (If someone other than the patient)

What is your relationship with the patient? _____

Patient Name: _____
First name Last name Middle Initial

Address : _____
Street App # City State Zip

Birthdate: ____/____/____ Mobile phone : _____

Is the responsible party also the patient's policyholder? Yes / No

Dental Insurance Information

Name of Insured : _____ Insured Birthday : ____/____/____

Relationship to Insured : Self / Spouse / Child / (

ocial Security No.: _____

Ins. Company: _____ Employer : _____

Ins. ID # : _____ Ins. Group # : _____

Medical History

When was the last time you visited the dentist? _____

Are You Allergic to:

Aspirin	Yes / No	Latex Rubbe	Yes / No
Penicillin	Yes / No	Iodine	Yes / No
Anesthetics	Yes / No	Codeine	Yes / No
Sulfonamide	Yes / No	Ibuprofen	Yes / No
Sulfa Drugs	Yes / No	Tylenol	Yes / No
Sedatives	Yes / No	Other Antibiotics	Yes / No
Any Metals (e.g. nickel, mercury, etc.)		Yes / No	
Local Anesthetics (e.g. novocaine)		Yes / No	Other : _____

Circle any of the medical conditions below that you have had or currently have.

Abnomal bleeding/Hemophilia	Yes / No	Epilepsy	Yes / No
Cholesterol	Yes / No	Gastrointestinal Disorders	Yes / No
Anemia	Yes / No	Heart Problems	Yes / No
Asthma or Hayfever	Yes / No	Heart Murmur	Yes / No
Bone Disorders	Yes / No	Hepatitis/Liver problems	Yes / No
Congenital Heart Defect	Yes / No	Herpes	Yes / No
Diabetes	Yes / No	High Blood Pressure	Yes / No
Dizziness	Yes / No	HIV / Aids	Yes / No
Prolonged Bleeding	Yes / No	Kidney problems	Yes / No
Radiation / Chemotherapy	Yes / No	Nervous Disorders	Yes / No
Rheumatic Fever	Yes / No	Pneumonia	Yes / No
Tuberculosis	Yes / No	Tumor or cancer	Yes / No

surgical operation or serious illness within the last 5 years? If yes, please explain

Are you currently taking any medications? Please write the name of the medicine.

Do you have a pharmacy you go to? If yes, please include the pharmacy name and phone number.

If you are female: Are you pregnant?	Yes / No
Are you currently breastfeeding?	Yes / No
Are you currently taking birth control pills?	Yes / No

* If you would like to use insurance as a form of payment, please present your insurance card to the front desk.

I have answered all of the above questions truthfully, and agree to inform the Cozy Dental office of any changes to my medical or dental treatment details or insurance company.

Signature: _____ Date: _____ / _____ / _____

Financial Policy

We are proud to be part of a team whose primary mission is to deliver the finest and most comprehensive dental care available today. In addition, we are also dedicated to making top-quality care as cost-effective as possible. Being proactive about your mouth health will have you smiling for years to come. That's because regular dental check-ups by qualified dental professionals can improve your overall health and well-being by catching problems before they start. To help cover medical expenses for patients and family members, we also offer Care Credit accounts, which we offer as a line of credit.

Patients not covered by insurance may use cash, credit card or the patient's Carecredit account on the same day service is provided. If you have any questions about the Care Credit, please ask at reception.

For patients that are covered by insurance. We will honor the assignment of benefits. This means that the insurance company will pay their portion to our dental office. Most dental insurance plans do not cover 100% of the cost of treatment. Because of this, and the extreme delay in receiving payment from the insurance company. You will be asked to pay your deductible and your portion of the charges the day the service is rendered. We will estimate your coverage as closely as possible, but until we actually receive the payment from the insurance company, it is just an estimate. The staff will assist you in dealing with your insurance company, but the ultimate responsibility lies with you. If the insurance company does not cover the estimated amount in full, you will receive a statement in the mail and you will be responsible for the remaining account balance. After 60 days, the balance will be due in full from you.

I have read and understand the Financial Policy.

Patient Printed name

Signature

Date

Office Policy

Our goal is to provide top-quality dental care in a timely manner. In order to do so we have implemented the following office policies to help us better utilize available appointments for our patients.

48-Hour Cancellation Policy : A no-show fee of \$40.00 will be added to your account if you do not give us at least 48 hours notice prior to cancelling your appointment.

Late Arrivals : In the event you are running late for your scheduled appointment, please call the office. If you are more than 15 minutes late to your scheduled appointment you may be asked to reschedule.

Emergency Care : Patients are seen promptly at their appointment times. Occasionally we will have to accommodate a patient in discomfort or in any other emergency situation that may affect your reserved appointment time. This courtesy is extended to you and all patients and we ask for your understanding when these unexpected situations arise. Out of respect for your time, we will keep you informed of such emergencies. We thank you in advance.

I have read and understand the Office Policies.

Patient Printed name

Signature

Date



233 East Shore Road, Suite 110
Great Neck, New York 11021
Tel: 516.304.5486 Fax: 516.304.5487

저희 병원을 어떻게 알게 되셨습니까?

☐ Location ☐ Facebook ☐ Instagram
☐ Google ☐ Yelp ☐ Other Internet
☐ Family/Friend: _____
☐ Other: _____

우리 Cozy 치과를 선택해 주셔서 감사합니다 !

보다 나은 치료를 위해 아래 사항을 정확하게 작성해 주십시오. 추가적인 의문사항이 있으시면 언제든지 질문해 주시기 바랍니다.

환자정보 (Patient's Information)

영문이름: _____ 한글이름: _____
이름 (First name) 성 (Last name)
생년월일: _____ / _____ / _____ 성별: 남성 / 여성
혼인: 기혼 / 미혼 / 이혼 / 사별 / 미성년자 소셜시큐리티 번호 SSN: _____
주소: _____
거리 아파트 # 도시 주 우편번호
집 전화번호(Home phone): _____ 휴대전화 (Mobile phone): _____
E-mail: _____
응급시 연락하실분: _____ 연락처: _____
(Emergency Contact) (Cell phone)

책임자 (환자 이외의 사람인 경우)

Responsible party (If someone other than the patient)

환자와 어떤 관계십니까? _____
이름: _____ 생년월일: _____ / _____ / _____
성별: 남성 / 여성 전화번호(Cell Phone): _____
책임 당사자는 환자의 보험 계약자이기도 합니까? 예 / 아니오

치과 보험 정보 (Dental Insurance Information)

가입자 이름 (Name of Insured): _____ 가입자 생년월일: _____ / _____ / _____
관계 (Relationship to Insured): 본인(Self) / 배우자(Spouse) / 자녀(Child) / 기타(Other)
보험회사 (Ins. Company): _____
가입자 소셜시큐리티 번호 (Insured Social Security#): _____
보험 아이디 번호 (ID#): _____ 보험 그룹번호 (Group#): _____
고용주 (Employer): _____

치과 병력 (Medical History)

치과 마지막 방문을 언제입니까? 기억나는대로 적어주세요. _____

알레르기 있습니까? (Allergy) 예 / 아니요

"예" 를 선택하셨다면 정확히 어떤 알레르기인지 표시해주세요.

아스피린 (Aspirin) 페니실린 (Penicillin) 코데인 (Codeine) 라텍스 (Latex)
설파제 (Sulfonamide) 마취제 (Anesthetics) 기타 (Etc.) _____

아래 해당되는 질병에 관해서 정확히 적어주세요.

고혈압 (Hypertension) 당뇨 (Diabetes) 심장질환 (Heart disease) 기관지 천식 (Bronchial asthma)
콜레스테롤 (Cholesterol) 기타 (Etc.) _____

혹시 다른 합병증이나 큰 수술을 받은적 있으시면 적어주세요.

현재 드시고 있는 약 있습니까? 어디에 관한 약인지도 적어주세요.

다니시는 약국있으십니까? 있으시다면 약국 이름과 전화번호 적어주세요.

여성분이시라면 :	현재 임신 중이십니까?	예	/	아니요
	현재 모유수유 중이십니까?	예	/	아니요
	현재 피임약을 복용하고 계십니까?	예	/	아니요

* 보험을 지불방식에 적용하고자 하실 경우에는 보유하신 보험카드를 프론트 데스크에 제시해 주십시오.

본인은 위에 모든 질문에 대해 사실대로 답변하였으며, 본인의 진료 내역 또는 치과 진료 내역, 보험회사가 변경되었을 경우 우리 Cozy Dental 오피스에 알리는데 동의합니다.

환자서명 : _____ 날짜: _____ / _____ / _____

금융 정책 (Financial Policy)

저희는 오늘날 이용할수 있는 가장 훌륭하고 포괄적인 치과 치료를 제공하는 것을 주된 사명으로 하는 팀의 일원이라는 것을 자랑스럽게 생각합니다. 또한, 당사는 최고 품질의 진료를 가능한 비용 효율적으로 만드는 데에도 전념하고 있습니다. 환자분과 가족 구성원의 의료 서비스에 필요한 비용을 보장하기 위해 우리는 별도의 신용 라인으로 제공하는 Care credit 계정도 신청해드립니다.

보험이 적용되지 않는 환자는 서비스가 제공되는 날 현금,신용카드로 지불하시거나 환자의 Carecredit 계정을 사용할수있습니다. Care credit에 관하여 궁금하신 부분은 카운터 직원분한테 문의하시면 됩니다.

보험이 적용되는 환자분은 보통 보험회사가 우리 치과에 치료하신 금액을 지불한다는 것을 의미합니다. 대부분의 치과보험은 치료비를 100% 보장해주지는 않습니다. 이 때문에 보험회사로부터 보험금 수령이 극도로 지연되면 공제액과 본인부담금의 일부를 서비스가 제공되는 날에 납부하라는 요청을 받게 됩니다. 보험금을 최대한 가깝게 계산해 드리겠지만 실제로 보험회사로부터 지급을 받기 전까지는 견적서에 불과합니다. 보험 회사와의 업무 처리는 직원이 도와드리겠지만 최종적인 책임은 환자분한테 있습니다.보험회사가 예상금액을 전액 처리하지 않으면 우편으로 명세서를 받게 되며 남은 계좌 잔액에 대한 책임은 환자분께서 부담하셔야 합니다. 60일 후에는 잔액을 전부 지불해야 합니다.

나는 금융 정책을 읽었고 이해하였습니다.

환자서명 : _____

날자: _____ / _____ / _____

오피스 정책 (Office Policy)

우리의 목표는 최고 품질의 치과 치료를 제공하는것입니다. 그러기 위해서 우리는 환자분들을 위해 가능한 예약을 더 잘 활용할수 있도록 다음과 같은 진료 방침을 시행했습니다.

48시간 취소 정책 : 예약을 취소하기 전에 최소 48시간 전에 통지하지 않으면 \$40.00의 수수료가 계정에 추가 됩니다.

늦은 도착: 예정된 약속에 늦은 경우에는 오피스로 전화주십시오. 예정된 약속에 15분이상 늦으면 일정을 변경 하라는 요청을 받을수 있습니다.

응급진료: 환자들은 예약 시간에 맞춰 진료를 보게 됩니다. 가끔 불편한 환자나 예약 시간에 영향을 줄수 있는 다른 응급 상황에 처한 환자를 먼저 진료를 해드려야하는 경우가 생깁니다. 여러분과 모든 환자들에게 예의를 베풀며 이러한 예기치 못한 상황이 발생했을때 양해를 구합니다. 환자분의 시간을 존중하여, 우리는 환자에게 그러한 위급한 상황을 알려드릴겁니다. 따뜻한 양해와 배려에 미리 감사드립니다.

나는 오피스 정책을 읽었고 이해하였습니다.

환자서명 : _____

날자: _____ / _____ / _____



233 East Shore Road, Suite 110
Great Neck, New York 11021
Tel: 516.304.5486 Fax: 516.304.5487

您是怎么认识我们牙科的？

☐ Location ☐ Facebook ☐ Instagram
☐ Google ☐ Yelp ☐ Other Internet
☐ Family/Friend: _____
☐ Other: _____

感谢您选择我们Cozy Dental!

为了帮助我们满足您所有的医疗保健需求,请仔细填写此表格。如果您有任何疑问或需要帮助,请问我们,我们很乐意为您提供帮助。

患者资料 (Patient's Information)

病人姓名:

Patient's Name

名 (First name)

姓 (Last name)

出生年月日:

/ /

性别 (Sex) : 男 Male / 女 Female

Date of birth

婚姻状况: 已婚 / 未婚 / 离婚 / 未成年

社安号码 (Social Security No.):

住址(Add):

街道 (Street)

公寓号(App #)

城市 (City)

州(State)

邮编(Zip)

住宅电话 (Home phone):

手机 (Mobile phone):

邮箱地址 (E-mail):

紧急联系人:

(Emergency Contact)

联系电话:

(Cell phone)

负责人/监护人 (如果不是患者本人填表时请填写以下信息)

Responsible party (If someone other than the patient)

您与患者的关系是什么? (What is your relationship with the patient?)

姓名(Patient's Name):

出生年月日(Date of birth):

/ /

性别 (Sex) : 男 Male / 女 Female

手机 (Mobile phone):

监护人也是患者的投保人吗? (Is the responsible party also the patient's policyholder?)

是 (Yes) / 不是(No)

牙科保险资料 (Dental Insurance Information)

保险人姓名 (Name of Insured):

出生年月日(Date of birth):

与保险人的关系 (Relationship to Insured): 本人 (Self) / 配偶 (Spouse) / 子女(Child) / 其他(Other)

保险公司 (Ins. Company):

保险人社安号 (Insured Social Security#):

保险号 (ID#):

保险公司卡号 (Group#):

雇主 (Employer):

病历 (Medical History)

最后一次访问牙科是什么时候？ (When was the last time you visited the dentist?) _____

有过敏吗？ (Allergy) 是 (Yes) / 不是(No)

如果 "是" 请选择：

阿司匹林 (Aspirin) 青霉素 (Penicillin) 可待因 (Codeine) 胶乳 (Latex)
磺胺 (Sulfonamide) 麻醉药 (Anesthetics) 其他 (Etc.) _____

有疾病吗？ 如果有，请选择 （ Circle any of the medical conditions below that you have had or currently have. ）

高血压 (Hypertension) 糖尿病 (Diabetes) 心脏病 (Heart disease) 支气管哮喘 (Bronchial asthma)
胆固醇 (Cholesterol) 肺病 (Lung Disease) 骨质疏松 (Osteoporosis) 其他 (Etc.) _____

过去五年内是否有做过大手术或者有严重疾病？ 如果有请填写详情。
(surgical operation or serious illness within the last 5 years? If yes, please explain)

现在服用处方的药吗？请写出药物名称。 (Are you currently taking any medications? Please write the name of the medicine.)

您有指定药房吗？ 如果有，请写出药房名称和电话号码. (Do you have a pharmacy you go to? pharmacy name &phone#)

如果您是女性患者：	是否现在又怀孕？ (Are you pregnant?)	是 (Yes) / 不是(No)
(If you are female)	是否在哺乳期？ (Are you currently breastfeeding?)	是 (Yes) / 不是(No)
	是否在服用避孕药？ (Are you currently taking birth control pills?)	是 (Yes) / 不是(No)

* 如果您有牙科保险，请将您的保险卡交给前台。
(If you would like to use insurance as a form of payment, please present your insurance card to the front desk.)

我已经如实回答了上述所有问题，并同意通知Cozy Dental诊所我的医疗内容或牙科治疗细节或保险公司的任何信息更改。

签名 (Signature) : _____ 日期 (Date) _____ / _____ / _____

财务政策 (Financial Policy)

我们很自豪能成为该团队的一员，该团队的主要使命是提供当今最好、最全面的牙科护理。此外，我们还致力于使高质量的护理尽可能具有成本效益。积极关注自己的口腔健康会让你在未来几年里长期带来笑容。那是因为由合格的牙科专业人员定期进行牙科检查，可以在问题开始之前发现，从而改善您的整体牙齿健康和福祉。

为了帮助支付患者和家庭成员的医疗费用，我们还提供Care Credit(护理信用卡)账户，我们将其作为信用额度提供。不在保险范围内的患者可以在提供服务的同一天使用现金、信用卡或患者的Care credit账户。

如果您对Care Credit有任何疑问，请在接待处咨询。

适用于受保险保障的患者。我们将兑现福利分配。这意味着保险公司将把他们的部分支付给我们的牙科诊所。大多数牙科保险计划不涵盖100%的治疗费用。正因为如此，而且在收到保险公司的付款方面出现了极大的延迟。你会被问到在提供服务当天支付您的免赔额和部分费用。我们将估算您的承保范围 尽可能接近，但在我们真正收到保险公司的付款之前，这只是一个估计。工作人员将协助您与保险公司打交道，但最终责任在于您。

如果保险公司没有全额支付估计金额，您将在邮件中收到一份声明，然后将负责剩余的账户余额。

60 天后，余额将由您全额支付。

我已阅读并理解财务政策。

签名 (Signature) : _____

日期 (Date) _____ / _____ / _____

办公政策 (Office Policy)

我们的目标是及时提供最优质的牙科护理。为此，我们实施了以下内容办公政策旨在帮助我们更好地利用患者的可用预约时间。

48 小时预约取消政策：如果您不给我们至少 48 小时，我们将向您的账户收取 40.00 美元的缺席费取消预约之前的通知。

迟到：如果您迟到了，请打电话给我们诊所。如果您迟到15分钟以上我们就要重新安排预约时间。

紧急护理：患者在预约时间内会及时就诊。有时候我们必须安排急诊患者时虽然您已预约时间到达。但是我们只能为紧急患者优先治疗。这给您带来感到不适或处于任何其他可能影响。这适用于您和所有患者，当这些意外情况出现时，我们希望请您谅解。我们尊重您的时间，可能的情况下我们会随时向您通报此类紧急情况。我们预先感谢您！

我已阅读并理解办公政策。

签名 (Signature) : _____

日期 (Date) _____ / _____ / _____