



2680 S White Road Suite 170
San Jose CA. 95148
408-755-3904

Oral Health Questionnaire

Please complete the following information and return it to our FCHC dental staff for further assistance.

Favor de completar la siguiente informacion y regresarla al representante

Vui lòng điền các thông tin sau và gửi lại cho nhân viên nha khoa FCHC của chúng tôi để được hỗ trợ

First Name/ Nombre / Tên: _____ Last Name / Apeido / Họ: _____

D.O.B / Fecha de nacimiento/ Sinh Nhật: ____ - ____ - ____ Gender /Genero /Tính (circle): Male/Female/Other _____

Phone Number/Telefono/Số điện thoại: (____) _____ Address/Domicilio/ Địa chỉ: _____

City/Ciudad/ Thành phố: _____ Zip Code/Codigo Postal/Mã bưu điện: _____

Do you have health insurance/ Tienes Aseguranza? Bạn có bảo hiểm không?: YES NO

Name of Health Insurance/Tipo de aseguranza/ Loại bảo hiểm: _____

Policy /Número de póliza / Số bảo hiểm # _____

Screening Questions

How many times do you/ Cuantas veces tu / Bao nhiêu lần bạn:

• Brush/ Cepillo/ Đánh răng: _____

Do you have a Primary Dentist? YES NO

¿Tiene usted un dentista principal? / Bạn đã có một nha sĩ?

• Floss/ Usas hilo Dental / Xỉa răng: _____

Last visit with a Dentist: _____

Última visita con un dentista / Lần cuối ghé thăm với một nha sĩ



2680 S White Road Suite 170
San Jose CA. 95148
408-755-3904

Oral Health Questionnaire

Please complete the following information and return it to our FCHC dental staff for further assistance.

Favor de completar la siguiente informacion y regresarla al representante

Vui lòng điền các thông tin sau và gửi lại cho nhân viên nha khoa FCHC của chúng tôi để được hỗ trợ

First Name/ Nombre / Tên: _____ Last Name / Apeido / Họ: _____

D.O.B / Fecha de nacimiento/ Sinh Nhật: ____ - ____ - ____ Gender /Genero /Tính (circle): Male/Female/Other _____

Phone Number/Telefono/Số điện thoại: (____) _____ Address/Domicilio/ Địa chỉ: _____

City/Ciudad/ Thành phố: _____ Zip Code/Codigo Postal/Mã bưu điện: _____

Do you have health insurance/ Tienes Aseguranza? Bạn có bảo hiểm không?: YES NO

Name of Health Insurance/Tipo de aseguranza/ Loại bảo hiểm: _____

Policy /Número de póliza / Số bảo hiểm # _____

Screening Questions

How many times do you/ Cuantas veces te/o / Bao nhiêu lần bạn:

• Brush/ Cepillas/ Đánh răng: _____

Do you have a Primary Dentist? YES NO

¿Tiene usted un dentista principal? / Bạn đã có một nha sĩ?

• Floss/ Usas Hilo Dental / Xỉa răng: _____

Last visit with a Dentist: _____

Última visita con un dentista / Lần cuối ghé thăm với một nha sĩ