

617 Riverside Avenue Burlington, VT 05401 Medical: (802) 864-6309 Fax: (802) 652-1056 Dental: (802) 652-1050 www.chcb.org

Patient Name: _____ Date of Birth: _____ Date: _____

Please answer these questions as best you can. We want to know your special needs so we can give you the best care. Please check the answer that is right for you, "Yes", "No", "DK" (Don't Know.) Your answers are confidential and for our records only. - - - - BLACK OR BLUE PEN ONLY - - - -

Medical

Yes No DK

Has there been a major change to your health within the past year? ☐ ☐ ☐

If yes, please explain: _____

Are you under the care of a physician or are you receiving ongoing medical care? ☐ ☐ ☐

Name of your physician: _____

Physician's Phone Number: _____

Date of your last medical visit: _____

Are you pregnant? ☐ ☐ ☐

If Yes, due date: _____

Do you breast feed? ☐ ☐ ☐

Do you have any artificial joints, heart valves, implants, or prosthesis? ☐ ☐ ☐

Have you ever been told you need to be pre-medicated prior to dental treatment? ☐ ☐ ☐

Have you had surgery, x-ray treatment, or chemotherapy for a tumor, growth, or other condition? ☐ ☐ ☐

If yes, please explain: _____

Dental

Yes No DK

Are you having any dental discomfort at this time? ☐ ☐ ☐

If yes, please explain: _____

Have you ever had serious trouble with previous dental work? ☐ ☐ ☐

If yes, please explain: _____

Does dental work make you nervous? ☐ ☐ ☐

Have you ever had any abnormal bleeding associated with previous extractions, surgery, or trauma? ☐ ☐ ☐

If yes, please explain: _____

Date of your last dental visit: _____

How often do you brush your teeth? _____

How often do you floss your teeth? _____

Other:

Please check the answer that is right for you, "Yes", "No", "DK" (Don't Know):

Yes No DK

Do you use tobacco? ☐ ☐ ☐ What? _____ How much _____

Do you use alcohol? ☐ ☐ ☐ What? _____ How much _____

Do you have any CURRENT/PAST history of substance abuse? .. ☐ ☐ ☐ If yes, please explain: _____

Medications

Are you taking any prescription or over-the-counter medications?

Yes No DK
☐ ☐ ☐

Please list all medications you are taking (Please include prescription and non-prescription medications):

Medication:	Dosage:	How Often Taken:	Reason for Medication:
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			
5. _____			
6. _____			
7. _____			
8. _____			
9. _____			

Allergies

Are you allergic to anything?

Yes No DK
☐ ☐ ☐

Please list all allergies including reaction:

Allergy to:	Reaction:
1. _____	
2. _____	
3. _____	
4. _____	

أسنان . نموذج التاريخ الطبي للمريض

اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: _____ التاريخ: _____
يرجى الإجابة على هذه الأسئلة بأفضل ما يمكنك. نحن نود معرفة احتياجاتك الخاصة حتى نستطيع تزويدك بأفضل رعاية. يرجى وضع علامة أمام الإجابة الصحيحة بالنسبة لك، "نعم" أو "لا" أو "لا أ" (لا أعلم). إجاباتك سرية وهي لسجلاتنا فقط. - - - قلم حبر أسود أو أزرق فقط - - -

أسنان

نعم لا لا

☐ ☐ ☐

هل تعاني من أي انزعاج في الأسنان حالياً؟
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى الشرح: _____

☐ ☐ ☐

هل واجهت أبداً مشكلة خطيرة مع علاج أسنان سابق؟
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى الشرح: _____

☐ ☐ ☐

هل يصيبك علاج الأسنان بالعصبية؟

☐ ☐ ☐

هل أصبت أبداً بأي نزف غير طبيعي صاحب عمليات الخلع أو الجراحة أو الصدمة السابقة؟

☐ ☐ ☐

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى الشرح: _____

تاريخ آخر زيارة أسنان لك: _____

كم مرة تنظف أسنانك؟ _____

كم مرة تنظف أسنانك بالخيط؟ _____

غير ذلك:

يرجى وضع علامة أمام الإجابة الصحيحة بالنسبة لك، "نعم" أو "لا" أو "لا أعلم":

نعم لا لا

☐ ☐ ☐

هل تستخدم التبغ؟ أي نوع؟ ما الكمية _____

☐ ☐ ☐

استهلاكك للكحول؟ أي نوع؟ ما الكمية _____

☐ ☐ ☐

هل لديك أي تاريخ حالي/ماض من إدمان _____

☐ ☐ ☐

المواد؟ إذا كانت الإجابة نعم، يرجى الشرح: _____

نعم لا لا
☐ ☐ ☐

طبي

نعم لا لا

☐ ☐ ☐

هل كان هناك تغير كبير في صحتك خلال العام الماضي؟
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى الشرح: _____

☐ ☐ ☐

هل أنت تحت رعاية طبيب أو هل تتلقى رعاية طبية مستمرة؟
اسم طبيبك: _____

☐ ☐ ☐

رقم هاتف الطبيب: _____

☐ ☐ ☐

تاريخ آخر زيارة طبية: _____

☐ ☐ ☐

هل أنت سيدة حامل؟
إذا كانت الإجابة نعم، تاريخ الوضع: _____

☐ ☐ ☐

هل أنت مرضعة؟ _____

☐ ☐ ☐

هل لديك أي مفاصل صناعية أو صمامات قلب أو مزروعات أو أعضاء صناعية؟

☐ ☐ ☐

هل قيل لك أبداً أنه لا بد لك من تلقي دواء قبل علاج أسنانك؟

☐ ☐ ☐

هل خضعت لجراحة أو علاج أشعة سينية أو علاج كيميائي لورم أو كتلة نامية أو حالة أخرى؟

☐ ☐ ☐

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى الشرح: _____

الأدوية

هل تتعاطى أي أدوية تصرف بوصف طبية أو بدونها؟

يرجى إدراج كل الأدوية التي تتعاطاها (يرجى تضمين الأدوية التي تصرف بوصفة طبية وبدونها):
الدواء: _____ الجرعة: _____ عدد مرات التعاطي: _____

سبب تعاطي الدواء:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

نعم لا لا
☐ ☐ ☐

حالات الحساسية

هل لديك حساسية من أي شيء؟

يرجى إدراج كل حالات الحساسية بما في ذلك رد الفعل:
حساسية من: _____ رد الفعل: _____

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Patient Name: _____ Date of Birth: _____ Date: _____



DENTAL ■ PATIENT MEDICAL HISTORY FORM

Medical Information:

Please check the answer that is right for you, "Yes", "No", "DK" (Don't Know).

Heart and Circulatory Problems

Yes No DK

Heart Attack ☐ ☐ ☐

If yes, when _____

High Blood Pressure..... ☐ ☐ ☐

Chest Pain (Angina) ☐ ☐ ☐

Heart Murmurs..... ☐ ☐ ☐

Artificial Valves ☐ ☐ ☐

Other Heart Problems..... ☐ ☐ ☐

Comments _____

Stomach Problems

Yes No DK

Stomach Pain ☐ ☐ ☐

Heartburn..... ☐ ☐ ☐

History of Ulcers ☐ ☐ ☐

Colitis..... ☐ ☐ ☐

Comments _____

Mental Health Problems

Yes No DK

Depression ☐ ☐ ☐

Anxiety..... ☐ ☐ ☐

History of Psychiatric

Medications ☐ ☐ ☐

Comments _____

Neurologic Problems

Yes No DK

Epilepsy/Seizures ☐ ☐ ☐

Chronic Headaches..... ☐ ☐ ☐

History of Head Injury..... ☐ ☐ ☐

Numbness of Arms,

Legs, Hands or Feet..... ☐ ☐ ☐

History of Stroke ☐ ☐ ☐

If yes, when _____

Fainting Spells..... ☐ ☐ ☐

Comments _____

Blood Problems

Yes No DK

Bleeding Problems ☐ ☐ ☐

Anemia ☐ ☐ ☐

Hemophilia..... ☐ ☐ ☐

Are you taking blood thinners?... ☐ ☐ ☐

If yes, recent INR level _____

Comments _____

Breathing/Lung Problems

Yes No DK

Hay Fever ☐ ☐ ☐

Shortness of Breath..... ☐ ☐ ☐

Persistent Cough..... ☐ ☐ ☐

Positive Test/Treatment

for Tuberculosis ☐ ☐ ☐

Seasonal Allergies ☐ ☐ ☐

Asthma ☐ ☐ ☐

Emphysema..... ☐ ☐ ☐

Coughing up Blood ☐ ☐ ☐

Comments _____

Muscle and Bone Problems

Yes No DK

Joint/Back Pain..... ☐ ☐ ☐

History of Broken Bones..... ☐ ☐ ☐

Joint Swelling..... ☐ ☐ ☐

Arthritis ☐ ☐ ☐

Comments _____

Liver

Yes No DK

Hepatitis A, B, or C ☐ ☐ ☐

Alcoholic Liver Disease ☐ ☐ ☐

Other Liver Disease..... ☐ ☐ ☐

Jaundice ☐ ☐ ☐

Comments _____

Other

Yes No DK

Domestic Abuse..... ☐ ☐ ☐

Immune System Disorders ☐ ☐ ☐

Venereal Disease ☐ ☐ ☐

AIDS/HIV ☐ ☐ ☐

Kidney or Bladder

Problems ☐ ☐ ☐

Frequent Urinary

Tract Infections ☐ ☐ ☐

Comments _____

Do you have any other disease,

condition or problem not listed?... ☐ ☐ ☐

If Yes, please explain _____

I understand that, to the best of my knowledge, all of the proceeding answers are true and correct. If I ever have any change in my health or medications, I will inform my health care provider immediately. I hereby give my consent to treatment for myself, or the named patient (of whom I am the parent, legal guardian, or foster parent) to the Community Health Centers of Burlington.

We set aside time just for you. If you're running late or must change an appointment, please call us as soon as possible. Arriving late may require your provider to reschedule your visit to allow enough time for your care. If you miss an appointment, you may have to wait for another opening. If you miss two appointments, you may be only able to make same-day appointments. By calling us when you are unable to make your scheduled appointment, we are able to see other patients waiting for an appointment. These rules are firm so that we can serve everyone in need of care.

Signature of Patient or Guardian _____ Date _____

Signature of Hygienist _____

☐ Not Applicable

Signature of Dentist _____

☐ Supervising

☐ Treating

Date _____

أسنان ■ نموذج التاريخ الطبي للمريض

المعلومات الطبية:

يرجى وضع علامة أمام الإجابة الصحيحة بالنسبة لك، "نعم" أو "لا" أو "لا أعلم".

مشاكل عصبية

نعم لا

- ☐ ☐ ☐ صرع/نوبات
- ☐ ☐ ☐ حالات صداع مزمن
- ☐ ☐ ☐ تاريخ من الإصابة في الرأس
- ☐ ☐ ☐ خدر الذراعين، الساقين، اليدين أو القدمين
- ☐ ☐ ☐ تاريخ من الإصابة بالسكتة
- ☐ ☐ ☐ إذا كانت الإجابة نعم، متى
- ☐ ☐ ☐ نوبات الإغماء

التعليقات

مشاكل الدم

نعم لا

- ☐ ☐ ☐ مشاكل نزف
- ☐ ☐ ☐ فقر الدم
- ☐ ☐ ☐ الهيموفيليا
- ☐ ☐ ☐ هل تتعاطى مرققات الدم؟
- ☐ ☐ ☐ إذا كانت الإجابة نعم، مستوى INR الأخير

التعليقات

غير ذلك

نعم لا

- ☐ ☐ ☐ العنف المنزلي
- ☐ ☐ ☐ اضطرابات جهاز المناعة
- ☐ ☐ ☐ مرض تناسلي
- ☐ ☐ ☐ HIV/الإيدز
- ☐ ☐ ☐ مشاكل الكلية أو المثانة
- ☐ ☐ ☐ عداوى متكررة في المسالك البولية

التعليقات

- ☐ ☐ ☐ هل لديك أي مرض أو حالة أو مشكلة أخرى غير مدرجة؟
- ☐ ☐ ☐ إذا كانت الإجابة نعم، يرجى الشرح

مشاكل المعدة

نعم لا

- ☐ ☐ ☐ ألم البطن
- ☐ ☐ ☐ حرقة المعدة
- ☐ ☐ ☐ تاريخ من القرح
- ☐ ☐ ☐ التهاب القولون
- ☐ ☐ ☐ التعليقات

مشاكل الصحة النفسية

نعم لا

- ☐ ☐ ☐ الاكتئاب
- ☐ ☐ ☐ القلق
- ☐ ☐ ☐ تاريخ من الأدوية النفسية
- ☐ ☐ ☐ التعليقات

مشاكل العضلات والعظام

نعم لا

- ☐ ☐ ☐ ألم المفاصل/الظهر
- ☐ ☐ ☐ تاريخ من العظام المكسورة
- ☐ ☐ ☐ تورم المفاصل
- ☐ ☐ ☐ التهاب المفاصل
- ☐ ☐ ☐ التعليقات

الكبد

نعم لا

- ☐ ☐ ☐ التهاب الكبد (أ) أو (ب) أو (ج)
- ☐ ☐ ☐ مرض كبد كحولي
- ☐ ☐ ☐ مرض كبد آخر
- ☐ ☐ ☐ اليرقان
- ☐ ☐ ☐ التعليقات

مشاكل في القلب أو الدورة الدموية

نعم لا

- ☐ ☐ ☐ النوبة القلبية
- ☐ ☐ ☐ إذا كانت الإجابة نعم، متى
- ☐ ☐ ☐ ارتفاع ضغط الدم
- ☐ ☐ ☐ ألم الصدر (الحنق الصدري)
- ☐ ☐ ☐ ثقب في القلب
- ☐ ☐ ☐ صمامات صناعية
- ☐ ☐ ☐ مشاكل أخرى في القلب
- ☐ ☐ ☐ التعليقات

نعم لا

- ☐ ☐ ☐ السكري من النوع الأول
- ☐ ☐ ☐ السكري من النوع الثاني
- ☐ ☐ ☐ مشاكل الغدة الدرقية
- ☐ ☐ ☐ مشاكل غدد أخرى
- ☐ ☐ ☐ التعليقات

مشاكل التنفس/الرئة

نعم لا

- ☐ ☐ ☐ حمى قشبية
- ☐ ☐ ☐ قصر النفس
- ☐ ☐ ☐ سعال مستمر
- ☐ ☐ ☐ نتيجة فحص إيجابية/علاج للسعال
- ☐ ☐ ☐ حساسية موسمية
- ☐ ☐ ☐ الربو
- ☐ ☐ ☐ انتفاخ الرئة
- ☐ ☐ ☐ طرد دم مع السعال
- ☐ ☐ ☐ التعليقات

مشاكل الجلد

نعم لا

- ☐ ☐ ☐ الطفح الجلدي
- ☐ ☐ ☐ تغيرات في الشامات
- ☐ ☐ ☐ التعليقات

أنا أفهم أن كل الإجابات السابقة حقيقية وصحيحة على أفضل علمي. وإذا حدثت لدي أي تغييرات على الإطلاق في صحتي أو أدويتي، فسأبلغ مختص رعايتي الصحية فوراً. أنا أوافق بهذا موافقتي لعلاج نفسي أو المريض المذكور (والذي أنا ولي أمره أو وصيه القانوني أو وليه بالتبني) إلى مراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون (CHCB).

لقد حددنا وقتاً خاصاً لك. إذا كنت ستتأخر أو كان ينبغي عليك تغيير موعد، فيرجى الاتصال بنا في أقرب وقت ممكن. الوصول متأخراً يمكن أن يضطر مزودك الصحي إلى إعادة تحديد زيارتك لتوفير وقت كاف لرعايتك. إذا فوت موعداً، فقد يكون عليك الانتظار إلى فرصة أخرى. إذا فوت موعدين، فقد تصبح قادراً على تحديد مواعيد في نفس اليوم فقط بالاتصال بنا حين لا تكون قادراً على الوفاء بموعدك المحدد، يمكننا أن نقابل مرضى آخرين ينتظرون موعداً. هذه القواعد صارمة حتى نستطيع خدمة كل من يحتاجون إلى الرعاية.

التاريخ

توقيع طبيب الأسنان
الإشراف العلاجتوقيع أخصائي الصحة
لا ينطبق

التاريخ

توقيع المريض أو الوصي
مراجعة يناير 2013 CRD