



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

Staff Initials: _____

DENTAL ■ PATIENT MEDICAL HISTORY FORM

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: _____

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

www.chcb.org

أستان: 652-1050 (802)

فاكس: 652-1056 (802)

طبي: 864-6309 (802)

VT 05401, Burlington 617 Riverside Avenue

اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: _____

يرجى الإجابة على هذه الأسئلة بأفضل ما يمكنك. نحن نود معرفة احتياجاتك الخاصة حتى نستطيع تزويديك بأفضل رعاية. يرجى وضع علامة أمام الإجابة الصحيحة بالنسبة لك، "نعم" أو "لا" أو "لا أعلم". إجاباتك سرية وهي لسجلتنا فقط. - - - قم بحبر أسود أو أزرق فقط - - -

أستان

طبي

نعم لا لا

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

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

..... هل يصيبك علاج الأسنان بالعصبية؟
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى الشرح: _____

..... هل أصبحت أبداً بأي نزف غير طبيعي صاحب عمليات الخلع أو الجراحة أو الصدمة السابقة؟
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى الشرح: _____

تاريخ آخر زيارة أسنانك: _____
كم مرة تتنفس أسنانك؟ _____

كم مرة تتنفس 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 للخمر؟ أي نوع؟ ما الكمية

هل لديك أي تاريخ حالي/ماض من إدمان المواد؟ إذا كانت الإجابة نعم، يرجى الشرح: _____

نعم لا لا

سبب تعاطي الدواء:

يرجى إدراج كل الأدوية التي تتعاطاها (يرجى تضمين الأدوية التي تصرف بوصفة طيبة وبدونها):

الجرعة: _____

عدد مرات التعاطي: _____

الأدوية

هل تتعاطى أي أدوية تصرف بوصفة طيبة أو بدونها؟

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.

**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 _____

Yes No DK

- Diabetes - Type I
 Diabetes - Type II
 Thyroid Problems
 Other Gland Problems
 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 _____

Skin Problems

Yes No DK

- Rashes
 Mole Changes
 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 _____

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 _____

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 _____

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

Arabic Rev Jan2013 CRD

Signature of Hygienist

 Not Applicable

Signature of Dentist Date

 Supervising Treating

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 لا

- صداع/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 لا

- مشاكل نزف
 فقر الدم
 الهايموفيليا
 هل تتعاطي مرقفات الدم؟
 إذا كانت الإجابة نعم، مستوى INR الأخير

التعليقات

غير ذلك

نعم لا لا

- العنف المنزلي
 اضطرابات جهاز المناعة
 مرض تناسلي
 HIV/AIDS

- مشاكل الكلية أو المثانة
 عدوى متكررة في المسالك البولية

التعليقات

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

التعليقات

مشاكل المعدة

نعم لا لا

- آلم الططن
 حرقة المعدة
 تاريخ من القرح
 التهاب القولون

التعليقات

مشاكل الصحة النفسية

نعم لا لا

- الاكتئاب
 القلق
 تاريخ من الأدوية النفسية

التعليقات

مشاكل العضلات والعظم

نعم لا لا

- آلم المفاصل/الظهر
 تاريخ من العظام المكسورة
 تورم المفاصل
 التهاب المفاصل

التعليقات

نعم لا لا

- السكري من النوع الأول
 السكري من النوع الثاني
 مشاكل الغدة الدرقية
 مشاكل عدد أخرى

التعليقات

مشاكل التنفس/الرئة

نعم لا لا

- حمى قشية
 قصر النفس
 سعال مستمر
 نتيجة فحص إيجابية/علاج للسل
 حساسية موسمية
 الربو
 انتفاخ الرئة
 طرد دم مع السعال

التعليقات

مشاكل الجلد

نعم لا لا

- الطفح الحادي
 تغيرات في الشامات

التعليقات

أنا أفهم أن كل الإجابات السابقة حقيقة وصحيحة على أفضل علمي. وإذا حدثت لدى أي تغيرات على الإطلاق في صحتي أو أدوينتي، فسأبلغ مختص رعايتي الصحية فوراً. أنا منح بموجب هذا موافقتي لعلاج نفسي أو المريض المذكور (والذي أنا ولدي أمره أو وصيه القانوني أو وليه بالتبني) إلى مراكز الصحة المجتمعية في برلنجتون (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 كافٍ لرعايتك. إذا فوت موعدك، فقد يكون عليك الانتظار إلى فرصة أخرى. إذا فوت موعدين، فقد تصبح قادرًا على تحديد مواعيد في نفس اليوم فقط. بالاتصال بنا حين لا تكون قادرًا على الوفاء بموعدك المحدد، يمكننا أن نقابل مرضى آخرين ينتظرون موعداً. هذه القواعد صارمة حتى تستطيع 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 2013