

**Confidentiel****Histoire médicale**

Nom de famille du patient	Prénom	Jour	Mois	Année	Sexe	Poids
		Date de naissance			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> lb <input type="text"/> Kg
Adresse	Ville	Code Postal	Téléphone			
			(R) _____ (T) _____			
Courriel: _____			(C) _____			

Avez-vous eu des problèmes: Etes-vous suivi par votre médecin

De santé depuis 5 ans? Oui \_\_\_ Non \_\_\_ présentement? Oui \_\_\_ Non \_\_\_ Si oui, précisez \_\_\_\_\_

Prenez-vous des médicaments? Oui \_\_\_ Non \_\_\_ Avez-vous été hospitalisé? Oui \_\_\_ Non \_\_\_

Si oui, précisez \_\_\_\_\_

Avez-vous des allergies aux médicaments? Oui \_\_\_ Non \_\_\_ Si oui, précisez \_\_\_\_\_

**Indique ci-dessous le ou les problèmes que vous avez ou avez eus:**

	Oui	Non		Oui	Non
Fièvre rhumatismale, endocardite	___	___	Tuberculose et autres problèmes pulmonaires	___	___
Problèmes cardiaque, haute pression	___	___	Toux persistante avec expectorations sanguines	___	___
Douleur à la poitrine, souffle court, enflure des extrémités	___	___	Anesthésiques locaux	___	___
Problèmes sanguins, anémie	___	___	Epilepsie	___	___
Examens sanguins anormaux	___	___	Sinusite	___	___
Saignement anormal, guérison prolongée, contusion faciles	___	___	Maladie vénériennes	___	___
Asthme, fièvre des foies	___	___	Diabète	___	___
Basse pression sanguine	___	___	Mononucléose	___	___
Etourdissements, perte de conscience	___	___	Traitement aux radiations pour tumeur ou autre plaies qui n'ont pas guéri en dedans d'une semaine	___	___
Hépatite (jaunisse), maladie du foie	___	___	Femme: Etes-vous enceinte?	___	___
Arthrite	___	___	Etes-vous dans la ménopause	___	___
Troubles rénaux	___	___	Prenez-vous la pilule anticonceptionnelle	___	___
Sida	___	___			

**Histoire dentaire**

Raison de la présente visite? Examen \_\_\_ Traitement complet \_\_\_ Urgence seulement \_\_\_ Autre \_\_\_\_\_

Ressentez-vous de la douleur actuellement? Oui \_\_\_ Non \_\_\_ Si oui, ou? \_\_\_\_\_

Date de votre dernière visite che le dentiste? \_\_\_\_\_ Traitement reçu à ce moment là? \_\_\_\_\_

Référé par: \_\_\_\_\_ Nombre de radiographies dentaire depuis 2 ans? \_\_\_\_\_

**Indiquez ci-dessous les situations que vous avez ou avez eu**

	Oui	Non		Oui	Non
Un accident à la figure	___	___	Des traitements d'orthodontie	___	___
Une opération aux maxillaires dans la bouche	___	___	(redressement des dents avec "broches"	___	___
Machoières "craquent"	___	___	Difficulté à ouvrir la bouche	___	___
Vos gencives saignent	___	___	aussi grande que vous voudriez	___	___
			Des dents sensibles	___	___

**Informations Personnelles: Etes-vous le seul responsable des honoraires Oui \_\_\_ Non \_\_\_ Si non, indiquez ci-après:**

Nom de famille du responsable	Prénom	Père	Mère	Tuteur	Autre
Adresse:	Ville	Code Postal	Téléphone (R) _____ (T) _____ (C) _____		

Avez-vous une assurance dentaire Oui \_\_\_ Non \_\_\_ Nom de la compagnie d'assurance \_\_\_\_\_

Signature de patient/du responsable Date: \_\_\_\_\_

X. \_\_\_\_\_

**Confidential**

**Health History**

Patient's Family Name	First Name	Date of Birth			Sex	Weight
		Day	Month	Year	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> lb <input type="text"/> Kg
Address	City	Postal Code	Phone: (H) _____ (W) _____ (C) _____			
Email: _____						

Has there been any problems with your: Are you under a physician's care now? Yes \_\_\_ No \_\_\_  
 General health in the past 5 y Yes \_\_\_ No \_\_\_ Where you hospitalized? Yes \_\_\_ No \_\_\_  
 Are you taking any medicatio Yes \_\_\_ No \_\_\_ Any allergies? Yes \_\_\_ No \_\_\_ If yes please indicate \_\_\_\_\_  
 If yes, please indicate \_\_\_\_\_

**Do you have or have you had any of the following diseases or problems:**

	Yes	No		Yes	No
Rheumatic fever, rheumatic heart disease	___	___	Tuberculosis	___	___
Heart trouble, heart attack or stroke	___	___	Persistent cough, cough up blood	___	___
Pain in chest, shortness of breath, swollen ankles	___	___	Diabetes	___	___
Blood disorders, anemia	___	___	Radiation treatment for a tumor or other growth	___	___
Blood test with unusual results	___	___	Sores that did not heal within one week	___	___
Abnormal bleeding , prolonged healing, bruise easily	___	___	Epilepsy	___	___
Asthma, hay fever	___	___	Venereal disease	___	___
High/ low blood pressure	___	___	Mononucleosis	___	___
Fainting spells, seizures	___	___	AIDS/ HIV virus	___	___
Hepatitis, jaundice, liver diseases	___	___	<b>Women:</b>		
Arthritis	___	___	Are you pregnant?	___	___
Kidney troubles	___	___	Are you in menopause	___	___
			Do you take oral contraceptives	___	___

**Dental History**

Reason for present visit? Examination \_\_\_ Complete treatment \_\_\_ Emergency only \_\_\_ Other \_\_\_  
 Are you having any discomfort of pain? Yes \_\_\_ No \_\_\_ If yes, where? \_\_\_\_\_  
 Date of your last visit to a dental office \_\_\_\_\_  
 Referred by: \_\_\_\_\_ Number of dental x-rays within the last 2 years? \_\_\_\_\_

**Indicate which of the following do you have or have you had**

	Yes	No		Yes	No
Facial accident	___	___	Difficulty in opening mouth wide	___	___
Facial surgery	___	___	wide as desired	___	___
Bone removal from jaw area	___	___	Jaw clicking/ popping	___	___
Orthodontic treatment	___	___	Bleeding gums	___	___
			Sensitive teeth	___	___

**Personal Information: Are you the sole person responsible for charges: Yes \_\_\_ No \_\_\_ If not, indicate hereafter**

Responsible party's family name	First name	Father	Mother	Guardian	Other
Address:	City	Postal Code	Telephone (H) _____ (W) _____ (C) _____		
Do you have dental insurance	Yes ___ No ___	Name of insurance company: _____			
Signature of patient or responsible party				Date: _____	
X. _____				_____	