Date:		/	/	
	jour	mois	année	

HISTOIRE MÉDICALE CONFIDENTIELLE

Dr M. Mme Mlle		Duánoma	Data da maissamas
Nom de familie: _		Frenom:	jour mois année
Adresse:			
Tel. M.: ()_	rue B.: ()	ville Poste.:	code postal Cellulaire
Courrier électro	onique	Carte Santé	
G			T.1. /
Adresse: (si diff	érente)		Tel/
	rue	ville	code postal
Assurance d		vine	code postai
Assurance prii	maire		
Nom de l'assuré			Date de naissance · / /
rvom de l'assure.	Nom de famille	Prénom	Date de naissance : / / / jour mois année
Lieu d'emploi:		Nom de l'assurance	
			Assurance santé en surplus: ☐ Oui ☐ Non
Liens de parenté à l	l'assuré(e): □soi-même □ époux(se) □ en	nfant autre	L'assuré(e) est-il(elle) patient(e)
Assurance seco	ondaire		
Nom de l'assuré:			Date de naissance : / /
	Nom de famille	Prénom	jour mois année
Lieu d'emploi:	N	Nom de l'assurance	
Numéro de grou	npe: Numéro	d'identification:	Assurance santé en surplus: Oui Non
			L'assuré(e) est-il(elle) patient(e) Oui Non
			2 assure(e) assure(e) assure a sure a sure
Histoire de v	votre santé dentaire		
• Oui Non	J		
• Oui Non	, , ,	•	
•	À quelle fréquence faites-vous nett	toyer vos dents? A tous les	mois.
<u>Information</u>	Módicalo		
	vous prenez présentement des médica	ments?	
	icaments avez-vous cessez de prendre		
• Oui Non	Êtes-vous présentement sous les so	•	
• Oui Non	Est- ce que vous avez déjà été hospi		
• Oui Non	1 0 1	•	scutés plus en détail? Si oui, expliquez:
• Oui Non	Est-ce que vous fumez? Si oui, cor	*	1 1
• Oui Non	Est-ce que vous êtes positif pour le		-
Pour les fem	imes seulement:		
• Oui Non	Êtes-vous enceinte? Si oui, de com	nbien de mois? Est-ce que vo	ous allaitez présentement?
• Oui Non	Est-ce que vous prenez la pilule ant	ticonceptionnelle?	

Nom de votre médecin:		Tél.: ()	
		Tél.: ()	
Spécialiste :	nédical? / /		
	jour mois année	_	
Encerclez si vous avez déjà sou	uffert ou si vous souffrez des	maladies suivantes:	
Alcoolisme/ Toxicomanie	Diabètes	Jointure artificielle: os () pivot () plaque ()	
Allergies:	Embolie cérébrale (stroke)	Ostéoporose	
Aspirine, Codéine, Iode	Épilepsie	Régime spécial	
Pénicilline, Latex	Étourdissement	Saignement prolongé	
Autres:	Fièvre rhumatismale	SIDA	
Anémie	Glaucome	Tendance à l'évanouissement	
Arthrite	Hémorragie cérébrale	Tension artérielle: basse () contrôlée () haute ()	
Asthme	Hépatite A B C Porteur?		
Blessure à la tête	Hyperthermie maligne	Tumeur (croissance)	
Cancer	Infection vénérienne ou autre	Ulcère	
Maladie/troubles:		Troubles cardiaques:	
à l'estomac rhun	natisme	angine/douleur région précordiale	
du foie sang		antécédents de maladie cardiaque	
mentale ou nerveuse sinus		chirurgie cardiaque/pontage (By-Pass Surgery)	
poumon thyro		souffle au coeur	
rein tuber		stimulateur cardiaque (Pace maker)	
respiratoire ulcèi	re	valve remplacée	
		Autres:	
Les patients sont responsables des	s frais pour tout service dentaire	reçu à notre cabinet, les arrangements financiers doivent être	
faits à l'avance. Les patients qui o	nt une assurance dentaire com	prennent que tous les services dentaires sont facturés directement	
aux patients et qu'ils sont personn	nellement responsables du paien	nent de tous les services rendus. Ce cabinet dentaire ne peut pas	
rendre des services en supposant d	que nos frais seront payés par u	ne compagnie d'assurance.	
Des frais de service de 1 ½ par mo	ois (18% par année) seront ajou	ıtés après 60 jours de solde impayé.	
Je donne permission au parodontis plus de détails l'information fourn		indre à la maison ou au travail s'il était nécessaire de discuter en	
Je, soussigné, déclare avoir lu, la p affichée à la réception.	police concernant la collecte, « .	L'utilisation et la divulgation de renseignements personnels »	
Je, soussigné, déclare avoir lu, cor ait des changements d'ordre médic		aire de santé au meilleur de ma connaissance. S'il advenait qu'il y ai à mon prochain rendez-vous.	
Signé par	en date du	jour, du mois de l'année	
Signature du patient, parent d	ou garaicii(iic) și moilis de 10 alis	iour du mois de l'année	

Parodontist

Révision de votre histoire médical

Patient(e)		
` /-	,	

Depuis votre dernier rendez-vous à notre bureau, est-ce qu'il y a eu des changements dans votre histoire médicale? Est-ce qu'on vous a prescrit de nouveaux médicaments?

DATE	CHANGEMENT(S)	INITIALE: PATIENT(E)	TECHNICIEN(NE)
	AUCUN		
//	AUCUN		
//	AUCUN		
	AUCUN		