



Staff Initials: _____

Dental ■ PATIENT MEDICAL HISTORY FORM

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

Patient Name: _____ Date of Birth: _____ Today's Date: _____

Preferred Name or Nickname: _____

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

Yes No DK

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

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. _____

Allergies

Yes No DK

Are you allergic to anything? ☐ ☐ ☐

Please list all allergies including reaction:

Allergy to:

Reaction:

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

ناروغ نوم: _____ د زیرېدنې نېټه: _____ د نن نېټه: _____

ترجیحي نوم یا لقب: _____
مهرباني وکړئ دې پوښتنو ته تر ټولو غوره ځواب ورکړئ. موږ غواړو ستاسو ځانګړې اړتیاوې وپېژنو ترڅو وکولی شو ستاسو څخه غوره مراقبت وکړو. لطفاً سم ځواب انتخاب کړئ، "هو"، "نه"، "نه پوهېږم" (نه پوهېږم). ستاسو ځوابونه محرم دي او یوازې زموږ د اسنادو لپاره کارلو کېږي.
-----یوازې تور یا آبی قلم-----

روغتیایی

د غابونو درملنه

هو نه نه پوهېږم

آیا ستاسو په روغتیا کې لوی بدلون راغلی دی؟

☐ ☐ ☐

که چېرې مو ځواب هو وي، مهرباني وکړئ تشریح پېکړئ:

آیا تاسو د ډاکټر تر څارنې لاندې یاست او یا یې تر لاسه کوئ کوئ

☐ ☐ ☐

جاري طبي مراقبت؟

ستاسو د ډاکټر نوم:

د ډاکټر د تېلېفون شمېره:

ستاسو د وروستۍ طبي لېدنې نېټه:

☐ ☐ ☐

آیا تاسو مېنډواره یاست؟

که چېرې مو ځواب هو وي، د پای نېټه:

☐ ☐ ☐

آیا تاسو مو ماشوم ته د مور شینډې ورکوئ؟

آیا تاسو کوم مصنوعي مفصلونه، د زړه والونه، د بدن د غړو تبدیلی،

☐ ☐ ☐

یا پروتیز لرلې دي؟

آیا تاسو ته کله هم ویل شوي چې تاسو اړتیا لرئ مخکې له مخکې درمل واخلي

☐ ☐ ☐

د غابونو درملنې لپاره؟

آیا تاسو تر اوسه جراحي، اپکس ري درملنه یا کیموګرافي

☐ ☐ ☐

د تومور، نمو یا نورو شرایطو لپاره لرلې دي؟

که چېرې مو ځواب هو وي، مهرباني وکړئ تشریح پېکړئ:

هو نه نه پوهېږم

آیا اوسمهال کومه رواني نارامي لرئ؟ ☐ ☐ ☐

که چېرې مو ځواب هو وي، مهرباني وکړئ تشریح پېکړئ:

☐ ☐ ☐

آیا تاسو د غابونو د پخواني درملنې په برخه کې له کومې ستونزې سره مخ شوي یاست؟

که چېرې مو ځواب هو وي، مهرباني وکړئ تشریح پېکړئ: ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐

تاسو انډیمن کوي؟

آیا تاسو تر اوسه د غابونو د ایستلو، جراحي یا زخم له امله

☐ ☐ ☐

کومه جدي یا غیر نورماله خونريزي لرلې ده؟

که چېرې مو ځواب هو وي، مهرباني وکړئ تشریح پېکړئ:

ستاسو د غابونو د وروستۍ درملنې د ملاقات نېټه:

څومره وخت وروسته خپل غابونه برس کوئ؟

څومره وخت وروسته مو په غابونو کې تار وهی؟

نور:

لطفاً سم ځواب انتخاب کړئ، "هو"، "نه"، "ته پوهېږم" (نه پوهېږم):

هو نه نه پوهېږم

آیا ټټباکو کاروئ؟ ☐ ☐ ☐ څه څومره

آیا الکول څښئ؟ ☐ ☐ ☐ څه څومره

آیا تاسو د مخدره توکو د ناوړه استفادې سابقه لرئ؟ ☐ ☐ ☐ که چېرې مو ځواب هو وي، تشریح یې کړئ: _____

هو نه نه پوهېږم

☐ ☐ ☐

درمل

آیا تاسو د نسخې تجویز شوي درمل یا بې نسخې درمل کاروئ؟

لطفاً ټول هغه درمل لست کړئ چې تاسو یې استفاده کوئ (لطفاً د نسخې درمل او بې نسخې درمل ذکر کړئ):

درمل: _____ دوز: _____ په څومره وخت کې یې خورئ: _____ د درملو دلیل: _____

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

هو نه نه پوهېږم

☐ ☐ ☐

حساسیتونه

آیا له کوم څه سره حساسیت لرئ؟

لطفاً د عکس العمل په شمول خپل ټول حساسیتونه لست کړئ:

حساسیت له: _____ عکس العمل: _____

1.

2.

3.

4.

Patient Name: _____

Today's
Date: _____**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 Violence..... ☐ ☐ ☐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 three 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

Date

☐ Supervising ☐ Treating

روغتيايي معلومات:

لطفاً سم ځواب انتخاب کړئ، "هو"، "نه"، "نه پوهېږم" (نه پوهېږم).

زړه او د وينې د دوران ستونزې: هو نه نه پوهېږم ☐ ☐ ☐ قلمي سخته که چېرې مو ځواب هو وي، وخت يې ذکر کړئ ☐ ☐ ☐ د وينې لوړ فشار ☐ ☐ ☐ د سيني درد (اګينا) ☐ ☐ ☐ د زړه ضريان ☐ ☐ ☐ مصنوعي والونه ☐ ☐ ☐ نورې قلمي ستونزې نظريات _____	د معدې ستونزې هو نه نه پوهېږم ☐ ☐ ☐ د معدې درد ☐ ☐ ☐ د زړه اېشېدل ☐ ☐ ☐ پخواني زخمونه ☐ ☐ ☐ د کولمو پرسوب نظريات _____	عصبي ستونزې هو نه نه پوهېږم ☐ ☐ ☐ بېهوښي/آني حمله ☐ ☐ ☐ شديد سر درد ☐ ☐ ☐ د سر د زخم سابقه ☐ ☐ ☐ د ځنگلو، لاسونو يا پڼو ☐ ☐ ☐ بې حسي ☐ ☐ ☐ د حملې سابقه ☐ ☐ ☐ که چېرې مو ځواب هو وي، څخه بېهوښه شوي ياست؟ ☐ ☐ نظريات _____
شکر – 1 ډول هو نه نه پوهېږم ☐ ☐ ☐ شکر 1 ډول ☐ ☐ ☐ د شکر II ډول ☐ ☐ ☐ د تاثيرايد ستونزې ☐ ☐ ☐ د غدې نورې ستونزې نظريات _____	د رواني روغتيا ستونزې هو نه نه پوهېږم ☐ ☐ ☐ خپګان ☐ ☐ ☐ اضطراب ☐ ☐ ☐ د رواني ناروغيو سابقه ☐ ☐ ☐ درمل نظريات _____	د وينې ستونزې هو نه نه پوهېږم ☐ ☐ ☐ ستونزې ☐ ☐ ☐ انيميا ☐ ☐ ☐ د وينې ټينګېدل ☐ ☐ ☐ ايا تاسو د وينې د نري کولو درمل مصرفئ؟ ☐ ☐ ☐ _____ که که چېرې مو ځواب هو وي، د INR وروستي کچه نظريات _____
تنفسي او د سپرو ستونزې هو نه نه پوهېږم ☐ ☐ ☐ تبه ☐ ☐ ☐ سالندي ☐ ☐ ☐ دوامداره توحی ☐ ☐ ☐ مټيټه معايه/درملنه ☐ ☐ ☐ د توبر کلوز لپاره ☐ ☐ ☐ موسمي حساسيتونه ☐ ☐ ☐ نفس تنګي ☐ ☐ ☐ ايمفيزيما ☐ ☐ ☐ له توحی سره خونريزي نظريات _____	د عضلاتو او هډوکو ستونزې هو نه نه پوهېږم ☐ ☐ ☐ د مفصلونو/ملا درد ☐ ☐ ☐ د هډوکو د ماتېدو سابقه ☐ ☐ ☐ د مفصلونو پرسوب ☐ ☐ ☐ د مفصلونو درد نظريات _____	نور هو نه نه پوهېږم ☐ ☐ ☐ کورنی تاوتریخوالی ☐ ☐ ☐ د معافيټي سيستم اختلالات ☐ ☐ ☐ د وينيريل ناروغی ☐ ☐ ☐ AIDS/HIV ☐ ☐ ☐ پښتورګي او مثانه ☐ ☐ ☐ ستونزې ☐ ☐ ☐ مکرر اندرار ☐ ☐ ☐ د داخلي مجرا ګانو مکروبي کېدل نظريات _____
جلدي ستونزې هو نه نه پوهېږم ☐ ☐ ☐ خاړښتونه ☐ ☐ ☐ د خالونو پيدا کېدل نظريات _____	ځيګر هو نه نه پوهېږم ☐ ☐ ☐ A، B، يا C ډول هېپاټايت ☐ ☐ ☐ د ځيګر الکولي ناروغی ☐ ☐ ☐ د ځيګر نورې ناروغی ☐ ☐ ☐ زېړی نظريات _____	ايا نورې ناروغی، روغتيايي شرايط يا ستونزې لرئ چې په لست کې نه دي موجودې؟ ☐ ☐ ☐ _____ که چېرې مو ځواب هو وي، لطفاً تشریح يې کړئ _____

زه پوهېږم چې نظر زما پوهې ته، ټول پورتنې ځوابونه سم او صحيح دي. که چېرې مې کوم وخت په روغتيا يا درملو کې بدلون راشي، زه به ژر تر ژره خپل روغتيايي چمتوګوونکي ته خبر ورکړم. نو په دې توګه، زه د بورلېنګټن د ټولنيزې روغتيا مرکزونو ته خپل رضاييت څرګندوم چې زما څخه دې درملنه ترسره کړي، او (يا د هغه کس چې زه يې سپرست، پالونکی يا والد یم).

موږ تاسو ته وخت ځانګړی کړی دی. که چېرې تاسو ناوخته راځئ يا مو غواړئ د ملاقات وخت تبديل کړئ، نو څومره چې ژر کيږي، زموږ سره اړيکه ونيسئ. ستاسو ناوخته راتګ د دې لامل کېږي چې ستاسو چمتو ګوونکي تاسو ته د ملاقات بل وخت ونيسي ترڅو د درملنې لپاره مو کافي وخت موجود وي.

که چېرې کوم ملاقات ته حاضر نه شوي، بايد د ملاقات در اتلونکي دور پورې په تمه شئ. که چېرې دريو ملاقاتونو ته حاضر نه شئ، يوازې کولی شئ په همغه ورځ کې بل ملاقات ونيسئ. کله چې د ملاقات وخت نه شئ نيولی او موږ ته زنگ ووهئ، نو موږ کولی شو نور هغه کسان وګورو چې ملاقات ته په تمه دي. دا قوانين ثابت دي ترڅو وکولی شو ټولو اړينو کسانو ته خدمات وړاندي کړو.