

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. _____

617 रिभरसाइड

बर्लिङ्गटन, VT 05401

मेडिकल: (802) 864-6309

फ्याक्स: (802) 652-1056

दन्त चिकित्सा: (802) 652-1050

www.chcb.org

बिरामीको नाम: _____

जन्ममिति: _____

मिति: _____

कृपया तपाईंले यी प्रश्नहरूको जाने जति जवाफ दिनुहोस्। हामी तपाईंका विशेष आवश्यकताहरू थाहा पाउन चाहन्छौं, ताकि हामीले तपाईंलाई उत्कृष्ट सेवा प्रदान गर्न सकौं। कृपया आपूलाई उपयुक्त लागे अनुसार जवाफ, “हो”, “होइन”, “था छैन” (थाहा छैन) मा चिन्ह लगाउनुहोस्। तपाईंका जवाफहरू गोप्य र हाम्रा रेकर्डहरूका लागि मात्र रहनेछन्। ---- कालो वा नीलो मसी मात्र ----

मेडिकल

गत वर्ष तपाईंको स्वास्थ्यमा कुनै ठूलो परिवर्तन भएको छ? ☐ छ ☐ छैन ☐ था छै

यदि छ भने, कृपया स्पष्ट पार्नुहोस्: _____

तपाईं कुनै चिकित्सकबाट सेवा लिइरहनुभएको छ वा तपाईंले जारी मेडिकल सेवा प्राप्त गरिरहनुभएको छ? ☐ छ ☐ छैन ☐ था छै

तपाईंको चिकित्सकको नाम: _____

चिकित्सकको फोन नम्बर: _____

तपाईंले पछिल्लो मेडिकल जाँचको मिति: _____

तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन ☐ था छै

यदि हुनुहुन्छ भने, बच्चा जन्मिने मिति: _____

तपाईंले स्तनपान गराउनुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन ☐ था छै

तपाईंको शरीरमा कुनै पनि कृत्रिम जोर्नी, मुटुका भल्भ, प्रत्यारोपण वा कृत्रिम अंग छ? ☐ हो ☐ होइन ☐ था छै

तपाईंलाई दन्त उपचार अगाडि नै औषधि प्रयोग गर्न आवश्यक रहेको बारेमा बताइएको छ? ☐ हो ☐ होइन ☐ था छै

तपाईंले ट्युमर, वृद्धि वा अन्य चिकित्सा अवस्थाका लागि शल्यक्रिया, एक्स-रे उपचार वा केमोथेरापी गर्नुभएको थियो? ☐ हो ☐ होइन ☐ था छै

यदि थियो भने, कृपया स्पष्ट पार्नुहोस्: _____

दन्त चिकित्सा

तपाईंलाई हाल दाँतमा कुनै असहज महसुस भइरहेको छ? ☐ हो ☐ होइन ☐ था छै

यदि छ भने, कृपया स्पष्ट पार्नुहोस्: _____

तपाईंलाई कहिल्यै अघिल्लो दन्त उपचारबाट गम्भीर समस्या उत्पन्न भएको थियो? ☐ हो ☐ होइन ☐ था छै

यदि थियो भने, कृपया स्पष्ट पार्नुहोस्: _____

दाँत उपचार सम्बन्धी कार्यले तपाईंलाई हतास बनाउँछ? ☐ हो ☐ होइन ☐ था छै

तपाईंलाई कहिल्यै यस अगाडि दाँत निकाल्दा, शल्यक्रिया वा आघातसँग सम्बन्धित असामान्य रूपमा रगत बगेको थियो? ☐ हो ☐ होइन ☐ था छै

यदि थियो भने, कृपया स्पष्ट पार्नुहोस्: _____

तपाईंको पछिल्लो दन्त जाँचको मिति: _____

तपाईंले आफ्नो दाँत कति पटक माइनुहुन्छ? _____

तपाईंले आफ्नो दाँत कति पटक कुल्ला गर्नुहुन्छ? _____

अन्य: _____

कृपया तपाईंका लागि सही हुने जवाफ, “हो”, “होइन”, “था छैन” (थाहा छैन) मा चिन्ह लगाउनुहोस्:

के तपाईं धुप्रान गर्नुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन ☐ था छै के? _____ कति मात्रामा _____

तपाईं मदिरा सेवन गर्नुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन ☐ था छै के? _____ कति मात्रामा _____

तपाईंको हाल/विगतमा लागू औषध दुर्व्यसनको इतिहास छ? ☐ हो ☐ होइन ☐ था छै यदि छ भने, कृपया स्पष्ट पार्नुहोस्: _____

औषधि-उपचार

तपाईंले चिकित्सकको निर्देशित औषधि वा बिना निर्देशित औषधि पसलबाट औषधि किनेर सेवन गरिरहनुभएको छ?

☐ हो ☐ होइन ☐ था छै

कृपया तपाईंले सेवन गरिरहनुभएका औषधि उल्लेख गर्नुहोस् (कृपया निर्देशित र निर्देशित नगरिएका औषधिहरू समावेश गर्नुहोस्):

औषधि:

मात्रा:

पटक:

औषधि सेवनको कारण:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

एलर्जीहरू

तपाईंलाई कुनै कुराको एलर्जी छ?

☐ हो ☐ होइन ☐ था छै

कृपया तपाईंमा देखिने असर सहित सबै एलर्जीहरूको उल्लेख गर्नुहोस्:

एलर्जी:

असर:

- _____
- _____
- _____
- _____



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 _____

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 _____

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 _____

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 _____

Date _____

☐ Supervising ☐ Treating



दन्त चिकित्सा ■ बिरामीको मेडिकल इतिहास फाराम

मेडिकल विवरण:

कृपया तपाईंका लागि सही हुने जवाफ, “छ”, “छैन”, “था छैन” (थाहा छैन) मा चिन्ह लगाउनुहोस्।

मुटु तथा रक्तसञ्चार सम्बन्धी समस्याहरू

	छ	छैन	था छैन
हृदयाघात	☐	☐	☐
यदि हृदयाघात भएको थियो भने, मिति:			
उच्च रक्तचाप	☐	☐	☐
छातीमा दुखाइ (एनजाइना)	☐	☐	☐
मुटुको मन्द गति	☐	☐	☐
कृत्रिम भल्भहरू	☐	☐	☐
अन्य मुटु समस्याहरू	☐	☐	☐
टिप्पणीहरू			

पेट सम्बन्धी समस्याहरू

	छ	छैन	था छैन
पेट दुख्ने	☐	☐	☐
असन्तोष	☐	☐	☐
अल्सरको इतिहास	☐	☐	☐
मलाशयमा सूजन	☐	☐	☐
टिप्पणीहरू			

तन्त्रिका सम्बन्धी समस्याहरू

	छ	छैन	था छैन
मिर्गी/सिजर	☐	☐	☐
टाउको दुख्ने दीर्घकालीन समस्या	☐	☐	☐
टाउकोमा चोटपटक लागेको इतिहास	☐	☐	☐
पाखुरा, खुट्टा, हात वा पैतालामा संवेदनशून्यता	☐	☐	☐
स्ट्रोक (आघात) को इतिहास	☐	☐	☐
यदि स्ट्रोक (आघात) भएको थियो भने, मिति:			
बेहोसी अवधि	☐	☐	☐
टिप्पणीहरू			

	छ	छैन	था छैन
मधुमेह - टाइप I	☐	☐	☐
मधुमेह - टाइप II	☐	☐	☐
थाइराईड समस्याहरू	☐	☐	☐
ग्रन्थी सम्बन्धी अन्य समस्याहरू	☐	☐	☐
टिप्पणीहरू			

मानसिक स्वास्थ्य समस्याहरू

	छ	छैन	था छैन
उदासीनता	☐	☐	☐
चिन्ता	☐	☐	☐
मनोरोगका लागि औषधि सेवनको इतिहास	☐	☐	☐
टिप्पणीहरू			

रक्त समस्याहरू

	छ	छैन	था छैन
रक्तस्राव सम्बन्धी समस्याहरू	☐	☐	☐
रक्तअल्पता	☐	☐	☐
हेमोफिलिया	☐	☐	☐
तपाईंले रगत पातलो बनाउने औषधि प्रयोग गरिरहनुभएको छ?	☐	☐	☐
यदि छ भने, हालको INR स्तर			
टिप्पणीहरू			

श्वासप्रश्वास/फोक्सोका समस्याहरू

	छ	छैन	था छैन
मौसमी ज्वरो	☐	☐	☐
स्वाँस्वा हुनु	☐	☐	☐
लगातार खोकी लाग्नु	☐	☐	☐
क्षयरोगको सकारात्मक परीक्षण/उपचार	☐	☐	☐
मौसमी एलर्जीहरू	☐	☐	☐
दम	☐	☐	☐
इन्फेसेमा	☐	☐	☐
खोक्दा रगत आउने	☐	☐	☐
टिप्पणीहरू			

मांसपेशी र हड्डीका समस्याहरू

	छ	छैन	था छैन
जोर्नी/दाडको दुखाइ	☐	☐	☐
हड्डी भाँचिएको इतिहास	☐	☐	☐
जोर्नी सुनिने	☐	☐	☐
आर्थाइटिस	☐	☐	☐
टिप्पणीहरू			

अन्य

	छ	छैन	था छैन
घरेलू दुर्व्यवहार	☐	☐	☐
प्रतिरक्षा प्रणालीमा गडबडी	☐	☐	☐
यौन रोग	☐	☐	☐
AIDS/HIV	☐	☐	☐
मृगीला वा मूत्रथैली सम्बन्धी समस्याहरू	☐	☐	☐
मूत्र मार्गमा नियमित संक्रमणहरू	☐	☐	☐
टिप्पणीहरू			

छाला सम्बन्धी समस्याहरू

	छ	छैन	था छैन
बिबिराहरू	☐	☐	☐
कोठीमा परिवर्तनहरू	☐	☐	☐
टिप्पणीहरू			

कलेजो

	छ	छैन	था छैन
हेपाटाइटिस A, B वा C	☐	☐	☐
मदिरा सेवनको कारण लाग्ने कलेजो रोग	☐	☐	☐
अन्य कलेजो रोग	☐	☐	☐
कमलपित्त	☐	☐	☐
टिप्पणीहरू			

तपाईंले माथि उल्लेख नगरेका अन्य कुनै रोग, चिकित्सा अवस्था वा समस्या छन्?	☐	☐	☐
यदि छ भने, कृपया स्पष्ट पार्नुहोस्:			

मलाई जानकारी भएसम्म, म बुझ्दछु कि माथिका सबै जवाफहरू सत्य र सही छन्। यदि मेरो स्वास्थ्य वा औषधिमा कहिल्यै कुनै परिवर्तन भएमा, म मेरो स्वास्थ्य सेवा प्रदायकलाई तुरुन्त सूचित गर्नेछु। म यसअनुसार मेरो वा नाम तोकिएको बिरामी (म बिरामीको आमाबुवा, कानूनी अभिभावक वा पालन-पोषण गर्ने अभिभावक हुँ) को उपचारका लागि बर्लिङटन सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रलाई मेरो मञ्जुरी दिन्छु।

हामीले तपाईंको लागि अलग समय तय गरेका छौं। यदि तपाईंलाई अपोइन्टमेन्टका लागि विलम्ब हुन्छ वा अपोइन्टमेन्टको समय परिवर्तन गर्नुपर्छ भने, कृपया हामीलाई सकेसम्म छिटो फोन सम्पर्क गर्नुहोस्। अपोइन्टमेन्टका लागि तपाईं हिलो आउनाले तपाईंको स्याहारका लागि पर्याप्त समय दिन तपाईंको प्रदायकले तपाईंको भेटका लागि पुनः समय मिलाउन आवश्यक हुन सक्नेछ। यदि तपाईंले आफ्नो अपोइन्टमेन्ट छुटाउनुभयो भने, तपाईंले अर्को उपलब्ध समयका लागि प्रतीक्षा गर्नुपर्ने हुनसक्छ। यदि तपाईंले दुईवटा अपोइन्टमेन्टहरू छुटाउनुभयो भने, तपाईंले सोही दिनकै अपोइन्टमेन्टहरूका लागि मात्र समय मिलाउन सक्षम हुन सक्नुहुनेछ। तपाईंले आफ्नो अनुसूचित अपोइन्टमेन्टमा आउन असक्षम हुँदा हामीलाई फोन गरेर सूचना दिएमा हामी अपोइन्टमेन्टका लागि प्रतीक्षारत अन्य बिरामीहरूलाई सेवा प्रदान गर्न सक्छौं। यी नियमहरू कडा छन्, त्यसकारण हामी सेवा आवश्यक भएका हरेक व्यक्तिलाई सेवा प्रदान गर्न सक्छौं।