Dr. Stephen Shanahan

CONFIDENTIEL **ENREGISTREMENT DU PATIENT**

Nom:_____ M / F
Adresse:_____
Cellulaire: _____ Courriel: _____
Tél. Maison: _____ Tél. Travail: _____
Date de Naissance: _____ Si enfant, nom du parent: _____

Assurance: (Y / N) Employeur: _____
Compagnie d'assurance: _____No. groupe:_____No. certificat: _____
Assurance Secondaire: (Y / N) Employeur: _____
Compagnie d'assurance: _____No. groupe:_____No. certificat: _____
Référé par: _____

HISTOIRE MÉDICALE

1. Avez vous des allergies? Si oui, spécifiez: _____
2. Avez vous des allergies à des médicaments? Si oui, spécifiez: _____
3. Prenez vous régulièrement des médicaments? Si oui, spécifiez (ou fournir une liste de votre pharmacie):
_____
4. Avez-vous déjà eu une fièvre rhumatismale? OUI NON
5. Avez-vous des jointures artificielles? OUI NON
6. Avez-vous des valves prothétiques cardiaques? OUI NON
7. (Femmes seulement) Êtes-vous enceinte? OUI NON
8. Souffrez vous d'ostéoporose? OUI NON Quel médicaments prenez vous?
_____
9. Souffrez-vous d'une maladie sérieuse en ce moment? Si oui, spécifiez: _____
10. Avez-vous déjà souffert d'une maladie sérieuse? Si oui, spécifiez:_____
11. Avez-vous déjà eu l'hépatite A / B / C / VIH ? OUI NON
12. Est-ce que vous êtes fumeur? OUI NON
13. La date approximative de votre dernière visite chez le dentiste? _____
14. Avez-vous un problème dentaire dont vous voulez discuter aujourd'hui? _____
15. Nom de votre pharmacie et téléphone:_____
16. Nom de votre docteur et téléphone:_____
17. En cas d'urgence, contactez: _____ Tél: _____

Signature du patient: _____Date:_____
(ou parent si moins de 18 ans)

MISE À JOUR MÉDICALE

Date	Pareil	Changement	Date	Pareil	Changement