

LINCOLN-LANCASTER COUNTY HEALTH DEPARTMENT DENTAL CLINIC



درمانگاه بهداشت بخش دندانپزشکی در شهرستان لانکستر - لنکن

Name نام _____ Date تاریخ _____

Address آدرس _____ City شهر _____ State استان _____ Zip کد پستی _____

Age سن _____ Date of Birth تاریخ تولد _____ Height قد _____ Weight وزن _____ Male مذکر Female مونث

Cell Phone تلفن همراه _____ Home Phone تلفن منزل _____ SS # شماره امنیت اجتماعی _____

Place of Employment محل کار _____ Work Phone تلفن کار _____

Email Address آدرس ایمیل _____

Spouse's Name نام شوهر/ همسر _____ Cell Phone تلفن همراه _____

Place of Employment محل کار _____ Work Phone تلفن کار _____

Person to contact in case of emergency? در صورت ضرورت با چه کسی تماس گرفته شود؟ _____ Phone تلفن _____

CHIEF DENTAL COMPLAINT شکایت دندانپزشکی اصلی _____

MEDICAL HISTORY تاریخچه پزشکی

	Yes بله	No خیر		Yes بله	No خیر		Yes بله	No خیر
1) Have you been a patient in a hospital during the past two years? آیا در طی دو سال گذشته در بیمارستان بستری شده اید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Low Blood Pressure فشار خون پایین	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leukemia لوکیمیا یا سرطان خون	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Have you been under the care of a medical doctor during the past two years? آیا در دو سال اخیر تحت مراقبت پزشکی دکتر بوده اید؟ If yes, physician's name اگر جوابتان مثبت است، نام دکتر؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	High Blood Pressure فشار خون بالا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer or Tumor سرطان یا ورم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Have you had a positive blood or skin test for Tuberculosis? آیا تا کنون نتیجه آزمایش مثبت خونی یا پوستی بیماری سل را داشته اید؟ If yes, have you had a chest x-ray since the positive test? اگر جوابتان مثبت است، آیا تا کنون اشعه ایکس از قفسه سینه را دریافت کرده اید؟ Date تاریخ _____ Results نتایج _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stroke سکته قلبی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiation Therapy درمان با اشعه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Do you have active Tuberculosis? آیا مبتلا به سل فعال هستید؟ Been exposed to anyone with active Tuberculosis? آیا تا کنون با افرادی که سل فعال داشته اند در تماس بوده اید؟ Persistent cough greater than 3 week duration? آیا سرفه طولانی مدت بیشتر از سه هفته داشته اید؟ Cough that produces blood? سرفه همراه با خون؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infection In Heart عفونت در قلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chemotherapy درمان با مواد شیمیایی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Have you ever had any excessive bleeding requiring special treatment? آیا تا به حال خونریزی شدیدی داشتید که نیازی به درمان خاصی داشته باشد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Attack سکته	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiratory Problems مشکلات تنفسی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) When you walk upstairs or take a walk, do you ever have to stop because of pain in your chest, or shortness of breath, or because you are tired? در هنگام بالا رفتن از پله ها یا پیاده روی، آیا به علت درد سینه، تنگی نفس یا خستگی توقف کرده اید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artificial Heart Valve دریچه قلب مصنوعی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hay Fever/Allergies تب یونجه/آلرژی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Have you had an unexplained loss or gain of more than 10 pounds in the past year? آیا در سال گذشته بیشتر از ۱۰ پوند کاهش یا اضافه وزن داشته اید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Birth Defects نقص های قلبی هنگام تولد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma اسما یا تنگ نفس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Do you ever wake up from sleep short of breath or sweating heavily? آیا تا به حال با حالت تنگی نفس و تعریق شدید از خواب بیدار شده اید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Easily Winded زود از نفس افتادن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Empyema امفییزیم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Are you on a special diet? Doctor's order or self-imposed? آیا رژیم غذایی خاصی دارید؟ با سفارش دکتر یا به دلخواه؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest Pains/Angina درد سینه/انژینا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis بیماری سل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Has your medical doctor ever said you have cancer or a tumor? آیا تا به حال دکتر ذکر کرده است که شما به سرطان یا ورم سرطانی مبتلا هستید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiac Pacemaker ضربان ساز قلبی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liver Disease بیماری کبدی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Do you smoke or use smokeless tobacco products such as chewing tobacco? آیا سیگار می کشید ویا از محصولات بدون دود مانند توتون یا تویاکو جویدنی استفاده می کنید؟ If yes, how much per day? اگر جوابتان مثبت است روزانه چقدر مصرف می کنید	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Swollen Ankles تورم مچ پا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kidney Disease بیماری کلیوی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Do you drink alcohol? آیا شما الکل مصرف می کنید؟ If yes, how many drinks per week? اگر جوابتان مثبت است در هفته چقدر مصرف می کنید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recent Weight Gain افزایش وزن اخیر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thyroid Problem مشکل تیروئیدی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Do you now use or have used in the past cocaine or other drugs? آیا شما سابقاً یا در حال حاضر از کوکائین یا مواد مخدر دیگری استفاده کردید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes دیابت/قند خون	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthritis ورم مفاصل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Have you been in drug and alcohol treatment? آیا شما سابقاً یا در حال حاضر تحت درمان برای ترک مواد مخدر یا الکل هستید؟ If so, when اگر جوابتان مثبت است، چه زمانی؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma گلوکوما/آب سیاه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Joint Replacement or Implant جایگزینی مفصل یا امپلانت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Have you ever taken Phen-Fen or Redux? آیا تا به حال فین افی یا رِدوکس مصرف کرده اید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frequently Tired خستگی دائمی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stomach Troubles or Ulcers مشکلات در معده یا زخم معده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Recent Weight Loss کاهش وزن اخیر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fainting/Seizures غش کردن/ تشنج	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Anemia کم خونی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsy/Convulsions صرع/ تشنج	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Blood Disease بیماری خونی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mental Health Disorder اختلال در سلامت روان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Hepatitis/Jaundice هپاتیت/ زردی یا یرقان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Sexually Transmitted Disease بیماریهای جنسی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			AIDS or HIV Infection (ایدز) یا ویروس نقص ایمنی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			16) Do you have any disease(s), condition(s), or problems(s) not listed? آیا هر گونه بیماری(ها)، وضعیت(ها)، یا مشکلی(ها) در بالا ذکر نشده دارید؟ Please list آنها را ذکر کنید لطفاً _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

MEDICATIONS داروها

Are you taking any of the following?

	Yes	No
1) Antibiotics آنتی بیوتیک ها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Sulfa drugs داروهای سولفا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Anticoagulants (blood thinners) ضد انعقادها (رقیق کننده های خون)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Medicine for high blood pressure دارو برای فشار خون بالا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Cortisone (steroids) کورتیزون (استروئیدها)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Tranquilizers آرام بخش ها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Antihistamines آنتی هیستامین ها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Antidepressant/Antianxiety Medications داروهای ضد افسردگی/ضد اضطراب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Aspirin (regular, ongoing basis) اسپیرین (به طور منظم، مداوم)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Insulin, Orinase, or similar drug انسولین، یا اورینیز، یا درمان مشابه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Digitalis or other heart drug دیجیتالیس یا داروهای دیگر قلبی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Nitroglycerin نتر و گلیسرین	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Chemotherapy درمان با مواد شیمیایی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Alcohol/Drugs (chemically dependent) الکل/مواد مخدر (مواد شیمیایی)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Diet pills قرصهای تخفیف وزن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Vitamin/herbal supplements ویتامینها/مکملهای گیاهی(عشاب)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Other medications داروهای دیگری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comments نظرات _____

ALLERGIES آلرژیها

Are you allergic to or had a reaction to any of the following?

به کدام از موارد زیر حساسیت (آلرژی) یا عکس العملی داشته اید؟

	Yes	No
1) Local anesthetic (novocaine, etc.) بی حسی موضعی (نوفوکاین، و غیره)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Antibiotics آنتی بیوتیک ها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Sulfa drugs داروهای سولفا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Latex لاتکس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Barbiturates, sedatives باربیتوها، آرام بخش ها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Aspirin آسپیرین	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Iodine ید	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Codeine or other narcotics کودینین یا سایر مواد مخدر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Metals (rings, earrings, etc.) معادن (انگشتر، گوشواره، و غیره)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Other allergies آلرژی های دیگر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DENTAL HISTORY تاریخچه دندانپزشکی

	Yes	No
1) Are you having dental pain? آیا درد دندان دارید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Do you think you have gum problems? آیا فکر می کنید که مشکلات آنه دارید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Do you notice popping, clicking, soreness of the jaw or just in front of your ears? آیا متوجه صدای تق تق، کلیک در فک یا در قسمت جلویی گوشتان شده اید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Are you involved in any contact sports? آیا در هر نوع ورزش فیزیکی (احتکاکی) شرکت کرده اید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Do you brush daily? آیا روزانه دندانانتان را مسواک میزنید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Do you floss daily? آیا روزانه از نخ دندان استفاده می کنید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Have you ever had problems with local anesthetic? آیا تا به حال مشکلات با بی حسی موضعی داشته اید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Have you ever had any difficult extractions (tooth removal) in the past? آیا تا به حال مشکلی از برداشتن دندان (کشیدن دندان) در گذشته داشته اید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Have you ever had prolonged bleeding following extractions (tooth removal)? آیا بعد از کشیدن دندان به خونریزی طولانی مدت مبتلا شده اید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Do you wear complete or partial dentures? آیا دندان مصنوعی جزئی یا کامل دارید؟ If so, how many years have you worn dentures? چند سال دندان مصنوعی دارید؟ How old are your present dentures? طول عمر دندانهای مصنوعی کنونی شما چقدر است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) When was your last dental visit? آخرین بار که به دندانپزشک مراجعه کردید؟	_____	_____
12) What was done at your last dental visit? چه چیزهایی در آخرین زیارت دندانپزشک را انجام دادید؟	_____	_____

WOMEN زنان

	Yes	No
1) Are you pregnant? آیا شما حامله هستید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Are you nursing? آیا شیر می دهید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Do you have or have you had menstrual problems? آیا در گذشته و یا در حال حاضر از مشکلات دوره ماهیانه رنج می برید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Are you taking birth control pills? آیا قرصهای ضد بارداری مصرف می کنید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Have you been through menopause? آیا دوره یائسگی را گذرانده اید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TREATMENT CONSENT رضایت درمان

I certify that I have read and understand the above information. To the best of my knowledge, the above answers are true and correct. I understand that providing incorrect information can be dangerous to my health. If I ever have any change in my health, or if my medicines change, I will inform the dental staff at the next appointment without fail. I understand the nature of the clinical services to be rendered including the possible hazards and side effects that may be involved. I understand that alternative methods of treatment may be available and that while all the procedures are considered safe, there is risk of complications or unanticipated results and emergency indications that may prevent the intended beneficial result or require further treatment. I understand that dental services will be rendered by licensed dentists, licensed dental hygienists, or dental and dental hygiene students under the supervision of licensed dentists, and consent to such services. I authorize the Lincoln-Lancaster County Health Department to release any information including the diagnosis of the records of any treatment or examination rendered to me or my child during the period of such Dental care to third party payors and/or health practitioners.

من گواهی می دهم که معلومات فوق را خواندم و فهمیدم در حد علم اینجانب همه پاسخهای بالا درست و صحیح است. این را درک می کنم که دادن معلومات غلط می تواند برای سلامتی اینجانب خطرناک باشد. هر نوع تغییر در وضعیت سلامتی اینجانب و یا در دار من از دیگر روشهای درمانی در دسترس آگاه هستم و در حالی که همه این اجرائها را بی خطر در نظر گرفته اند. اما خطر عوارض و نتایج غیر منتظره وجود دارد. و شرایط ناگهانی (اضطرابی) می تواند از رسیدن به نتایج دلخواه در نظر گرفته شده جلوگیری کند و یا حتی منتهی به درمانهای بیشتری شود. آگاه دارم که خدمات دندانپزشکی توسط دکترهای مجاز. متخصص بهداشت دهان مجاز. و دانشجویان دکترای دندانپزشکی و بهداشت دهان تحت اشراف دکتر دندانپزشکی مجاز انجام خواهد گردید و از اجرای این نوع درمانی رضایت کامل را دارم. اینجانب به اداره بهداشت در شهرستان لانکستر - لنکن صلاحیت می دهم که معلومات مربوط به تشخیص و هر نوع درمان یا آزمایشها انجام شده را برای من و یا بچه هایم در طی این دوره مراقبت از دندان را با شخص ثالث جهت پرداخت و یا متخصصان بهداشت در میان بگذارند.

Signature امضا _____ Date تاریخ _____