

LINCOLN-LANCASTER COUNTY HEALTH DEPARTMENT DENTAL CLINIC

عيادة الأسنان بمديرية الصحة في مقاطعة لانكستر - لنكن



Child/Adolescent's Name اسم الطفل/المراهق _____ Date التاريخ _____

Address العنوان _____ City المدينة _____ State الولاية _____ Zip الرمز البريدي _____

Age السن _____ Date of Birth تاريخ الميلاد _____ Height الطول _____ Weight الوزن _____ Male ذكر Female أنثى

Parents or Legal Guardian الوالد أو الوصي القانوني _____ School المدرسة _____ Grade الصف _____

Cell Phone الهاتف الخليوي _____ Child/Adolescent's Social Security # رقم ضمان الطفل/المراهق الاجتماعي _____

Mother's Cell Phone الهاتف الخليوي للأم _____ Mother's Place of Employment مكان عمل الأم _____ Work Phone هاتف العمل _____

Father's Cell Phone الهاتف الخليوي للأب _____ Father's Place of Employment مكان عمل الأب _____ Work Phone هاتف العمل _____

Email Address البريد الإلكتروني _____

Person to contact in case of emergency? شخص للاتصال به في حالة الطوارئ? _____ Phone هاتف _____

CHIEF DENTAL COMPLAINT شكوى الأسنان الرئيسية _____

MEDICAL HISTORY التاريخ الطبي

	Yes نعم	No لا		Yes نعم	No لا		Yes نعم	No لا
1) Has he/she been a patient in a hospital during the past two years? هل سبق أن مرض/مرضت ودخل/دخلت مستشفى خلال السنتين الماضيتين؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Low Blood Pressure انخفاض ضغط الدم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leukemia سرطان الدم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Has he/she been under the care of a medical doctor during the past two years? هل خضع/خضعت لعناية طبيب خلال السنتين الماضيتين؟ If yes, physician's name _____ في حالة الإجابة بنعم ، ما اسم الطبيب؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	High Blood Pressure ارتفاع ضغط الدم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer or Tumor سرطان أو ورم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Has he/she had a positive blood or skin test for Tuberculosis? هل خضع/خضعت لأختبار الدم أو اختبار الجلد لمرض السل وكانت النتيجة ايجابية؟ If yes, has he/she had a chest x-ray since the positive test? إذا كانت الإجابة نعم، هل خضع/خضعت لإجراءات الأشعة السينية للصدر منذ نتيجة الاختبار؟ Date التاريخ _____ Results النتائج _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stroke سكتة دماغية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiation Therapy علاج بالأشعة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Does he/she have active Tuberculosis? هل لديه/لديها مرض السل الفعال (النشط)؟ Been exposed to anyone with active Tuberculosis? هل تعرض/تعرضت لأي شخص مصاب بمرض السل الفعال (النشط)؟ Persistent cough greater than 3 week duration? سعال مستمر أكثر من 3 أسابيع؟ Cough that produces blood? سعال مصحوب بالدم؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infection In Heart التهاب في القلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chemotherapy علاج كيميائي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Has he/she ever had any excessive bleeding requiring special treatment? هل سبق أن تعرض/تعرضت لنزيف زائد يتطلب علاجاً خاصاً؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Attack نوبة قلبية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiratory Problems مشاكل تنفسية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) When he/she walks upstairs or takes a walk, does he/she ever have to stop because of pain in his/her chest, or shortness of breath, or because he/she is tired? عندما يقوم/تقوم بصعود السلالم أو السير ، هل سبق أن توقفت بسبب ألم في الصدر أو بسبب ضيق في التنفس أو بسبب التعب؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artificial Heart Valve صمام قلبي اصطناعي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hay Fever/Allergies حمى الطلع/حساسية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Has he/she had unexplained loss or gain of more than 10 pounds in the past year? هل نقص وزنه/وزنها لأكثر من عشرة باوندات خلال السنة الماضية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Birth Defects خلل بالقلب من الولادة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma أزمة/ربو	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Does he/she ever wake up from sleep short of breath or sweating heavily? هل سبق أن استيقظ/استيقظت من النوم بسبب ضيق في التنفس أو تعرق شديد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Easily Winded ضيق في التنفس عند القيام بنشاط بدني بسيط	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emphysema امفيزيما/نفخ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Is he/she on a special diet? Doctor's order or self-imposed? هل يتبع/تتبع حمية خاصة؟ بأمر طبيب أو نظام شخصي؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest Pains/Angina الأم أو ذبحة في الصدر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liver Disease مرض في الكبد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Has his/her medical doctor ever said he/she has cancer or a tumor? هل سبق أن أخبره/أخبرها الطبيب بوجود سرطان أو ورم؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiac Pacemaker منظم قلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kidney Disease مرض في الكلى	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) To your knowledge, does he/she smoke or use smokeless tobacco products such as chewing tobacco? هل يدخن/تدخن أو يستخدم منتجات تبغ بدون دخان كتنغ المضغ؟ If yes, how much per day? كم الكمية اليومية؟ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Swollen Ankles كاحل متورم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thyroid Problem مشكلة في الغدة الدرقية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) To your knowledge, does he/she drink alcohol? هل يشرب/تشرب كحول/خمرة؟ If yes, how many drinks per week? كم كأس في الاسبوع؟ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recent Weight Gain زيادة في الوزن مؤخراً	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthritis التهاب المفاصل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Diabetes سكري	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Joint Replacement or Implant استبدال أو زراعة المفاصل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Glaucoma غلوكوما/الماء الأسود	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stomach Troubles or Ulcers مشاكل في المعدة أو قرح	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Frequently Tired تعب مستمر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fainting/Seizures اغماء/نوبات صرع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Recent Weight Loss نقص في الوزن مؤخراً	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsy/Convulsions صرع/تشنجات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Anemia فقر دم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mental Health Disorder اضطراب الصحة النفسية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Blood Disease مرض في الدم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Hepatitis/Jaundice التهاب الكبد / يرقان أو صفار	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Sexually Transmitted Disease مرض منقول جنسياً	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			AIDS or HIV Infection (ايدز) متلازمة نقص المناعة المكتسب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13) Does he/she have any disease(s), condition(s), or problems(s) not listed? هل لديه/لديها أي مرض/أمراض ، أو حالة/حالات، أو مشكلة/مشكلات غير مذكورة أعلاه؟ Please listها تذكر _____							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDICATIONS الأدوية

Is he/she taking any of the following? هل تتعاطى أي من الآتي؟	Yes نعم	No لا
1) Antibiotics مضادات حيوية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Sulfa drugs أدوية السلفا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Anticoagulants (blood thinners) مضادات تخثر (مخففات دم)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Medicine for high blood pressure دواء لارتفاع ضغط الدم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Cortisone (steroids) كورتيزون (مشتقات/ستيرويد)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Tranquilizers مهدئات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Antihistamines مضادات الهيستامين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Antidepressant/Antianxiety Medications أدوية للقلق/ أدوية للاكتئاب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Aspirin (regular, ongoing basis) اسبيرين (باتنظام و مستمرار)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Insulin, Orinase, or similar drug انسولين ، أو أورينيز ، أو علاج مشابه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Digitalis or other heart drug ديجيتاليس أو أدوية أخرى للقلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Nitroglycerin نترو غليسرين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Chemotherapy علاج كيميائي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Alcohol/Drugs (chemically dependent) كحول/مخدرات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Diet pills حبوب لتخفيض الوزن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Vitamin/herbal supplements فيتامينات/مكملات عشبية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Other medications أدوية أخرى	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comments ملاحظات _____

ALLERGIES حساسيات

Is he/she allergic to or had a reaction to any of the following?
هل لديك حساسية ضد أو ردة فعل قوية لأي من الآتي؟

	Yes نعم	No لا
1) Local anesthetic (novocaine, etc.) مخدر موضعي (نوفوكين ، الخ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Antibiotics مضادات حيوية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Sulfa drugs أدوية السلفا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Latex قنارات مطاطيه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Barbiturates, sedatives مسكنات ، بربيتورات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Aspirin اسبيرين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Iodine اليود	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Codeine or other narcotics كودين أو مخدرات أخرى	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Metals (rings, earrings, etc.) معادن (خاتم ، حلقان ، الخ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Other allergies حساسية أخرى	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DENTAL HISTORY التاريخ الطبي للأسنان

	Yes نعم	No لا
1) Is he/she having dental pain? هل يعاني/ تعاني من ألم في الأسنان؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Do you think he/she has gum problems? هل لديه/لديها مشاكل في اللثة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Does he/she notice popping, clicking, soreness of the jaw or just in front of your ears? هل لاحظ/ لاحظت أصوات طقطقة أو الإم في الفك أو في مقدمة أذنيه/أذنيها فقط؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Is he/she involved in any contact sports? هل يمارس/ تمارس أي رياضة فيها احتكاك؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Does he/she brush daily? هل ينظف/ تنظف أسنانه/أسنانها يوميا؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Does he/she floss daily? هل ينظف/ تنظف أسنانه/أسنانها يوميا بخيط الأسنان؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Has he/she ever had problems with local anesthetic? هل عانى/ عانت من مشاكل بسبب تخدير موضعي سابقاً؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Has he/she ever had any difficult extractions (tooth removal) in the past? هل عانى/عانت من أي صعوبة في قلع الأسنان (إزالة الأسنان) في الماضي؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Has he/she ever had prolonged bleeding following extractions (tooth removal)? هل عانى/عانت من نزيف مستمر بعد خلع الأسنان (إزالة الأسنان)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) When was his/her last dental visit? متى كانت اخر زيارة له/لها لعيادة الأسنان؟	_____	
11) What was done at his/her last dental visit? ماذا تم عمله في اخر زيارة لعيادة الأسنان؟	_____	

ADOLESCENT FEMALE الإناث المراهقات

	Yes نعم	No لا
1) Is she pregnant? هل هي حامل؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Is she nursing? هل ترضع؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Does she have or has she had menstrual problems? هل لديها أو سبق أن عانت من مشاكل في الدورة الشهرية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Is she taking birth control pills? هل تتناول حبوب منع الحمل؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TREATMENT CONSENT موافقة على العلاج

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 child's health. If there is a change in my child's health, or if my child's 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 my child during the period of such Dental care to third party payors and/or health practitioners.

أشهد بأنني قد قرأت و فهمت المعلومات أعلاه و حسب علمي الأجوبة أعلاه صادقة و صحيحة. أعلم بأن تقديم معلومات غير صحيحة يمكن أن تشكل خطراً على صحة طفلي/طفلاتي. سوف أقوم بإعلام موظفين عيادة الأسنان إذا حصلت أي تغيرات في صحة طفلي/طفلاتي أو إذا أدوية/أدويتها في الزيارة المقبلة. أنا اتفهم قد يحصل في طبيعة خدمات الأسنان التي سيتم تقديمها بعض المخاطر و الأعراض الجانبية. وكذلك أفهم بأن طرق بديلة للعلاج قد تكون متوفرة ، و بينما كل الإجراءات تعتبر آمنة ، فهناك خطر المضاعفات و النتائج الغير متوقعة و الموشرات الطارئة التي قد تمنع نتائج الفوائد المقصودة أو تتطلب مزيداً من العلاج. كذلك أفهم بأن خدمات الأسنان سوف تقدم من قبل أطباء أسنان مرخصين ، و مختصين صحة أسنان مرخصين ، طلاب طب الأسنان و طلاب صحة الأسنان تحت إشراف أطباء أسنان مرخصين على مثل هذه الخدمات. وأمنح الإذن بدائرة الصحة في لكن مقاطعة لانكستر بالإفراج عن أي معلومات بما في ذلك تشخيص لسجلات أي علاج أو فحوصات قدمت لي خلال فترة عناية الأسنان الطرف الثالث من الدفع / أو إخصائين الصحة .

Signature توقيع

Date التاريخ