

Child/Adolescent's Name نام کودک/نوجوان _____ 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

Parents or Legal Guardian والدین یا سرپرست قانونی _____ School نام مدرسه _____ Grade کلاس _____

Cell Phone تلفن همراه _____ Child/Adolescent's Social Security # شماره امنیت اجتماعی کودک/نوجوان _____

Mother's Cell Phone تلفن همراه مادر _____ Mother's Place of Employment محل کار مادر _____ Work Phone تلفن کار _____

Father's Cell Phone تلفن همراه پدر _____ Father's Place of Employment محل کار پدر _____ Work Phone تلفن کار _____

Email Address آدرس ایمیل _____

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) Has he/she been a patient in a hospital during the past two years? آیا در طی دو سال گذشته در بیمارستان بستری شده است ؟	<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) Has he/she been under the care of a medical doctor during the past two years? آیا در دو سال اخیر تحت مراقبت پزشکی دکتر بوده است؟ 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) Has he/she had a positive blood or skin test for Tuberculosis? آیا تا کنون نتیجه آزمایش مثبت خونی یا پوستی بیماری سل را داشته است؟ If yes, has he/she had a chest x-ray since the positive test? اگر جوابتان مثبت است، آیا تا کنون اشعه ایکس از قفسه سینه را دریافت کرده است؟ 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) Does he/she have active Tuberculosis? آیا ایشان مبتلا به سل فعال هستند؟ Been exposed to anyone with active Tuberculosis? آیا ایشان تا کنون با افرادی که سل فعال داشته اند در تماس بود ؟ Persistent cough greater than 3 week duration? آیا سرفه طولانی مدت بیشتر از سه هفته داشته اند؟ 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) Has he/she ever had any excessive bleeding requiring special treatment? آیا تا به حال خونریزی شدیدی که نیازی به درمان خاصی داشته باشد مبتلا شده است؟	<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 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? در هنگام بالا رفتن از پله ها یا پیاده روی، آیا به علت درد سینه، تنگی نفس یا خستگی توقف کرده است؟	<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) Has he/she had 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 است؟	<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) Does he/she 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 است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Easily Winded زود از نفس افتادن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emphysema امفییزیم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Is he/she on a special diet? Doctor's order or self-imposed? آیا ایشان رژیم غذایی خاصی دارند؟ 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 his/her medical doctor ever said he/she has cancer or a tumor? آیا تا به حال دکتر ذکر کرده است که ایشان به سرطان یا ورم سرطانی مبتلا است؟	<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) To your knowledge, does he/she smoke or use smokeless tobacco products such as chewing tobacco? به نظر شما آیا ایشان سیگار می کشند و یا از محصولات بدون دود مانند توتون یا تویاکوجویدنی استفاده می کنند ؟ If yes, how much per day? اگر جوابتان مثبت است روزانه چقدر مصرف می کنند؟	<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) To your knowledge, does he/she drink alcohol? به نظر شما آیا ایشان الکل مصرف می کنند؟ If yes, how many drinks per week? اگر جوابتان مثبت است در هفته چقدر مصرف می کنند ؟	<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"/>
			Diabetes دیابت/قند خون	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthritis ورم مفاصل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Glaucoma غلوکوما/آب سیاه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Joint Replacement or Implant جایگزینی مفصل یا امپلانت	<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 هپتایت/ زردی یا یرقان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Sexually Transmitted Disease بیماریهای جنسی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			AIDS or HIV Infection (ایز) یا ویروس نقص ایمنی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13) Does he/she 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 دارند؟ Please list لطفا آنها را ذکر کنید _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

MEDICATIONS داروها

Is he/she taking any of the following?
کدام از موارد زیر را مصرف می کنند؟

	Yes بله	No خیر
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(رفیق 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 اوریناز ، یا درمان مشابه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Digitalis or other heart drug دیجیتالین یا داروهای دیگر قلبی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Nitroglycerin نیتروگلیسرین	<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(اعشاب)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Other medications داروهای دیگری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comments نظرات _____

ALLERGIES آلرژیها

Is he/she allergic to or had a reaction to any of the following?
به کدام از موارد زیر حساسیت (الرژی) یا عکس العملی دارند؟

	Yes بله	No خیر
1) Local anesthetic (novocaine, etc.) بی حسی موضعی (نوفوکین ، وغیره)	<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 باربیتورها ، آرام بخش ها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Aspirin اسپیرین	<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 ، وغیره)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Other allergies الرژی های دیگر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DENTAL HISTORY تاریخچه دندانپزشکی

	Yes بله	No خیر
1) Is he/she having dental pain? آیا ایشان درد دندان دارند؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Do you think he/she has gum problems? آیا فکر می کنید که ایشان مشکلات لثه دارند؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Does he/she notice popping, clicking, soreness of the jaw or just in front of your ears? آیا ایشان متوجه صدای تق تق، کلیک در فک یا در قسمت جلویی گوششان شده اند؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Is he/she involved in any contact sports? آیا در هر نوع ورزش فیزیکی(احتکاکی) شرکت کرده اند؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Does he/she brush daily? آیا ایشان به صورت روزانه مسواک میزنند؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Does he/she floss daily? آیا ایشان به صورت روزانه از نخ دندان استفاده می کنند؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Has he/she ever had problems with local anesthetic? آیا تا به حال با بی حسی موضعی مشکل داشته اند؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Has he/she ever had any difficult extractions (tooth removal) in the past? آیا تا به حال در هنگام از برداشتن دندان (کشیدن دندان) در گذشته مشکل داشته اند؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Has he/she ever had prolonged bleeding following extractions (tooth removal)? آیا بعد از کشیدن دندان به خونریزی طولانی مدت مبتلا شده اند؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) When was his/her last dental visit? آخرین بار که به دندانپزشک مراجعه کردند؟	_____	_____
11) What was done at his/her last dental visit? در آخرین زیارت دندانپزشک چه کارهایی برای دندانهای شما انجام داده اند؟	_____	_____

ADOLESCENT FEMALE دختران نوجوان

	Yes بله	No خیر
1) Is she pregnant? آیا ایشان حامله هستند؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Is she nursing? آیا ایشان شیر می دهند؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Does she have or has she had menstrual problems? آیا در گذشته ویا در حال حاضر ایشان از مشکلات دوره ماهیانه رنج می برند؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Is she taking birth control pills? آیا ایشان قرصهای ضد بارداری مصرف می کنند؟	<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(اضطراری) می تواند از رسیدن به نتایج دلخواه در نظر گرفته شده جلوگیری کند ویا حتی منتهی به درمانهای بیشتری شود. آگاه دارم که خدمات دندانپزشکی توسط دکنترهای مجاز. متخصص بهداشت دهان مجاز. و دانشجویان دکتری 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 _____