

# LINCOLN-LANCASTER COUNTY HEALTH DEPARTMENT DENTAL CLINIC

عيادة الاسنان بمديرية الصحة في مقاطعة لانكستر - لنكن



Name الاسم \_\_\_\_\_ 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

Cell Phone الهاتف الخليوي \_\_\_\_\_ Home Phone هاتف المنزل \_\_\_\_\_ SS # رقم الضمان الاجتماعي \_\_\_\_\_

Place of Employment مكان العمل \_\_\_\_\_ Work Phone هاتف العمل \_\_\_\_\_

Email Address البريد الإلكتروني \_\_\_\_\_

Spouse's Name اسم الزوج/الزوجة \_\_\_\_\_ Cell Phone الهاتف الخليوي \_\_\_\_\_

Place of Employment مكان العمل \_\_\_\_\_ Work Phone هاتف العمل \_\_\_\_\_

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) Have you been a patient in a hospital during the past two years? هل سبق أن مرضت و 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) Have you been under the care of a medical doctor during the past two years? هل خضعت لعناية طبيب خلال السنتين الماضيتين? If yes, physician's name _____ في حالة الاجابة 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) Have you had a positive blood or skin test for Tuberculosis? هل خضعت لأختبار الدم أو أختبار الجلد لمرض المل وكانت النتيجة ايجابية? If yes, have you had a chest x-ray since the positive test? اذا كانت الاجابة نعم، هل خضعت لإجراءات الأشعة السينية للمصدر 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) Do you have active Tuberculosis? هل لديك مرض السل الفعال (النشط)? Been exposed to anyone with active Tuberculosis? هل 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) Have you ever had any excessive bleeding requiring special treatment? هل سبق أن 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 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? عندما 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) Have you had an unexplained loss or gain of more than 10 pounds in the past year? هل نقص وزنك لاكثر 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 ازمى/ ربو	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Do you ever wake up from sleep short of breath or sweating heavily? هل سبق أن 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 /نفاخ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Are you on a special diet? Doctor's order or self-imposed? هل تتبع حمية خاصة؟ بأمر طبيب أو نظام شخصي؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest Pains/Angina الام أو ذبحة في الصدر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liver Disease مرض في الكبد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Has your medical doctor ever said you have cancer or a tumor? هل سبق أن أخبرك 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) Do you smoke or use smokeless tobacco products such as chewing tobacco? هل تدخن أو تستخدم منتجات تبغ بدون دخان كتبغ المضغ? If yes, how much per day? _____ في حالة الاجابة بنعم ، كم الكمية اليومية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Swollen Ankles كاحل متورم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thyroid Problem مشكلة في الغدة الدرغية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Do you drink alcohol? هل تشرب كحول/خمرة? If yes, how many drinks per week? _____ في حالة الاجابة بنعم ، 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"/>
13) Do you now use or have used in the past cocaine or other drugs? هل تتعاطى او سبق لك ان تعاطيت الكوكائين أو أي مخدرات أخرى؟	<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"/>
14) Have you been in drug and alcohol treatment? هل سبق لك ان تعالجت من المخدرات و الكحول? If so, when _____ في حالة الاجابة بنعم، متى؟	<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"/>
15) Have you ever taken Phen-Fen or Redux? هل سبق أن أخذت فينفي أو ريدوكس؟	<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"/>			
			16) Do you have any disease(s), condition(s), or problems(s) not listed? هل لديك أي مرض/أمراض، أو حالة/حالات، أو مشكلة/مشكلات غير مذكورة أعلاه? Please list ذكرها _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

## MEDICATIONS الأدوية

Are you 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 نتر و 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

Are you 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 قفازات 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) Are you having dental pain? هل تعاني من ألم في الأسنان؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Do you think you have gum problems? هل لديك مشاكل في اللثة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Do you notice popping, clicking, soreness of the jaw or just in front of your ears? هل لاحظت أصوات طقطقة أو الإم في الفك أو في مقدمة أذنيك فقط؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Are you involved in any contact sports? هل تمارس أي رياضة فيها احتكاك؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Do you brush daily? هل تنظف أسنانك يوميا؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Do you floss daily? هل تنظف أسنانك يوميا بخيط الأسنان؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Have you ever had problems with local anesthetic? هل عانيت من مشاكل بسبب تخدير موضعي سابقاً؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Have you ever had any difficult extractions (tooth removal) in the past? هل عانيت من أي صعوبة في قلع الأسنان (إزالة الأسنان) في الماضي؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Have you ever had prolonged bleeding following extractions (tooth removal)? هل عانيت من نزيف مستمر بعد خلع الأسنان (إزالة الأسنان)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Do you wear complete or partial dentures? هل تلبس طقم أسنان جزئي أو مكتمل؟ If so, how many years have you worn dentures? في حالة الإجابة بنعم ، كم عدد السنين التي استعنت فيها بطقم الأسنان? How old are your present dentures? كم عمر طقم الأسنان؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) When was your last dental visit? متى كانت آخر زيارة لك لعيادة الأسنان؟	_____	_____
12) What was done at your last dental visit? ماذا تم عمله في اخر زيارة لعيادة الأسنان؟	_____	_____

## WOMEN النساء

	Yes نعم	No لا
1) Are you pregnant? هل أنت حامل؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Are you nursing? هل ترضعين؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Do you have or have you had menstrual problems? هل لديك أو سبق أن عانيت من مشاكل في الدورة الشهرية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Are you taking birth control pills? هل تتناولين حبوب منع الحمل؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Have you been through menopause? هل انقطع حيضك؟	<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/طفلي. سوف أقوم بإعلام موظفين عيادة الأسنان إذا حصلت أي تغيرات في صحة طفلي/طفلي أو إذا أدويته/أدويتها في الزيارة المقبلة. أنا اتفهم قد يحصل في طبيعة خدمات الأسنان التي سيتم تقديمها بعض المخاطر و الأعراض الجانبية. و كذلك أفهم بأن طرق بديلة للعلاج قد تكون متوفرة ، و بينما كل الإجراءات تعتبر آمنة ، فهناك خطر المضاعفات و النتائج الغير متوقعة و المؤشرات 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 اخصائيين الصحة .

Signature توقيع

Date التاريخ