

Questionnaire Médical Enfants/Adolescents

Info du patient

Prénom: Nom: Genre: F H Autre
Âge: Date de naissance: (Jour/Mois/Année)

Info parent 1:

Prénom Nom:

Adresse personnelle:

Rue: Ville: CP: Province:
Courriel: Téléphone: Maison Cellulaire Travail
Téléphone: Maison Cellulaire Travail

Info parent 2:

Prénom Nom:

Adresse personnelle:

Rue: Ville: CP: Province:
Courriel: Téléphone: Maison Cellulaire Travail
Téléphone: Maison Cellulaire Travail

Avez-vous une assurance dentaire? Oui No

Informations de santé:

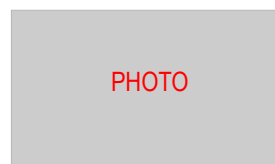
Diabète Type I / Type II	<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>	Autres:	<input type="text"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	Maladie cardiaque	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Maladie osseuse	<input type="checkbox"/>	Trouble du sang/hémorragique	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Suppression immunitaire	<input type="checkbox"/>	Autisme / TDAH	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Allergies aux médicaments?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Allergies aux métaux ou latex?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		

Veillez indiquer les médicaments que vous prenez:

Médicaments : 1:	<input type="text"/>	Raison:	<input type="text"/>
2:	<input type="text"/>		<input type="text"/>
3:	<input type="text"/>		<input type="text"/>
4:	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Dernier examen dentaire:
Nom de votre dentiste:

Téléchargement de fichier



En tant que parent et/ou tuteur légal, je demande et autorise par la présente le personnel orthodontique et pédiatrique dentaire à fournir un traitement dentaire à mon enfant. J'autorise la prise de radiographies pouvant être considérées nécessaires pour diagnostiquer et/ou traiter les problèmes dentaires de mon enfant. J'autoriserai la prise de photographies des dents de mon enfant pour le diagnostic ou à des fins éducatives.

J'affirme que les informations ci-dessus sont correctes au meilleur des mes connaissances. Je comprends que c'est ma responsabilité d'informer LOL dental de tous changements dans le statut médical de mon enfant.

Nom, Prénom (lettres moulées): _____

Signature des Parents ou Tuteur: _____

Date: _____