Community Health Center OF SNOHOMISH COUNTY

Health History – Child

Information is for our records only and will be kept confidential

Patient ID Label

ИМЯ, ФАМИЛИЯ РЕБЁНКА: _____/_____/_____ ТЕКУЩАЯ ДАТА: _____
Фамилия Имя Отчество

ДАТА РОЖДЕНИЯ: _____ ПОЛ: ☐ Мужской ☐ Женский

ИМЯ, ФАМИЛИЯ РОДИТЕЛЯ _____ ТЕЛЕФОН_____

ЕСЛИ ЧЕЛОВЕК, ЗАПОЛНЯЮЩИЙ ДАННУЮ ФОРМУ, НЕ ЯВЛЯЕТСЯ РОДИТЕЛЕМ, КЕМ ВЫ ЯВЛЯЕТЕСЬ ДЛЯ ПАЦИЕНТА?
_____

ИМЯ ВРАЧА _____ ДАТА ПОСЛЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА _____

АДРЕС ОФИСА ВРАЧА: _____

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЕ ЛЕКАРСТВА, КОТОРЫЕ ВАШ РЕБЁНОК ПРИНИМАЕТ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ:_____

У ВАШЕГО РЕБЁНКА ХОРОШЕЕ ЗДОРОВЬЕ? ☐ Да ☐ Нет

У ВАШЕГО РЕБЁНКА БЫЛО СЕРЬЁЗНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ ОПЕРАЦИЯ? ☐ ДА ☐ НЕТ

ЕСЛИ «ДА», ТО ЧТО ЭТО БЫЛА ЗА БОЛЕЗНЬ ИЛИ ОПЕРАЦИЯ?_____

ЕСТЬ ЛИ У ВАШЕГО РЕБЁНКА В АНАМНЕЗЕ КАКИЕ-ЛИБО ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ ПРОБЛЕМ СО ЗДОРОВЬЕМ? (Отметьте, если «да»)

- ❑ Поврежденный сердечный клапан или искусственный сердечный клапан
- ❑ Шумы в сердце
- ❑ Врождённый порок сердца
- ❑ Аллергия на _____
- ❑ Проблемы с синуситом
- ❑ Астма
- ❑ Сенная лихорадка
- ❑ Крапивница или кожная сыпь
- ❑ Диабет
- ❑ Гепатит, желтуха
- ❑ Туберкулез
- ❑ Постоянный кашель
- ❑ Эпилепсия
- ❑ Обмороки или судороги
- ❑ Психиатрические проблемы
- ❑ Рак
- ❑ СДВГ
- ❑ Переливание крови
- ❑ Заболевания крови
- ❑ ВИЧ/СПИД
- ❑ Др. иммуносупрессивное заболевание
- ❑ Лёгкое образование синяков
- ❑ Нерегулярный менструальный цикл
- ❑ Беременность
- ❑ Аномальное кровотечение

ЕСТЬ ЛИ У ВАШЕГО РЕБЁНКА АЛЛЕРГИЯ ИЛИ ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ НА ЛЕКАРСТВА? (Отметьте, если «да»)

- ❑ Местные анестетики
- ❑ Йод
- ❑ Сульфаниламидные препараты
- ❑ Пенициллин
- ❑ Другие антибиотики
- ❑ Кодеин или другой подобный наркотик
- ❑ Обезболивающие медикаменты для детей
- ❑ Другие медикаменты

Были ли у вашего ребёнка проблемы с предыдущим стоматологическим лечением? ☐ ДА ☐ НЕТ
(Если «Да», объясните)

Есть ли у вашего ребёнка какое-либо другое заболевание, состояние или болезнь, о которых, по вашему мнению, нам следует знать? (Если «Да», объясните)

Подтверждаю, что приведённая выше информация является, насколько мне известно, правдивой и достоверной. Я не буду привлекать к ответственности своего стоматолога или его/её сотрудников за любые ошибки или упущения, которые я мог сделать при заполнении этой формы.

_____	_____	_____
Подпись родителя/опекуна	Полное имя переводчика печатными буквами	Подпись переводчика

_____
Подпись стоматолога/ Дата

DEN Form 104D - RUS (Rev 04/22)