



QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL

Nom _____ Prénom _____ Sexe : M F

Adresse _____

Téléphone domicile _____ App. _____ Ville _____ Code postal _____
Travail _____ Cellulaire _____

Date de naissance: année _____ mois _____ jour _____ Courriel: _____

No d'assurance maladie: _____ Date Exp.: _____

Si vous avez moins de 18 ans, inscrire le nom du parent ou tuteur / M. Mme _____

En cas d'urgence, contacter: _____ Raison de la visite: _____

Avez-vous été référé par quelqu'un de votre entourage ? Nom: _____

Comment avez-vous trouvé notre clinique ? Journal local Pages jaunes Internet En passant Autres: _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

- | | Oui | Non | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Problèmes nerveux : | | |
| Si oui, raison: _____ | | | • Évanouissements, étourdissements..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nom du médecin: _____ | | | • Maux de tête fréquents..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Téléphone: _____ | | | • Épilepsie..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Prenez-vous (présentement) des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Maladies psychiatriques..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, lesquels: _____ | | | spécifiez : _____ | | |
| _____ | | | 11. Problème de diabète : | | |
| _____ | | | • Uriner plus de 6 fois par jour..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Prenez-vous des: | | | • Bouche sèche..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Produits naturels ou homéopathiques ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Diète..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spécifiez: _____ | | | • Insuline..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Anovulants (pilule anticonceptionnelle) ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Coma..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ?.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Greffe pancréas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Êtes-vous enceinte ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Problèmes thyroïdiens : | | |
| • Allaitiez-vous ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie | | |
| Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de : | | | 13. Autres problèmes : | | |
| 6. Problèmes cardiaques | | | • Cancer (traitement chimiothérapie et/ou radiothérapie)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Douleur à la poitrine..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Problème du foie (cirrhose, jaunisse, etc.)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tension artérielle <input type="checkbox"/> Hypertension (haute) <input type="checkbox"/> Hypotension (basse) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Hépatite A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> | | |
| • Souffle au cœur..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Troubles digestifs, spécifiez _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Problème valvulaire..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Ulcères de l'estomac..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Fièvre rhumatismale..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Troubles du rein..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Pace maker..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Maladies transmises sexuellement (MTS)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Valve artificielle..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Maladies de la peau..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Infarctus, angine..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Problèmes oculaires (glaucome)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Problèmes sanguins : | | | • Maux d'oreilles..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hémophilie..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Maladies transmises sexuellement (herpès, etc.)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Saignements prolongés..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Rhume des foins..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sang clair..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Fumez-vous ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Anémie..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Consommez-vous des drogues ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • HIV ou sida..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Consommez-vous de l'alcool ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Prenez-vous des médicaments pour éclaircir le sang ? (aspirine, Coumadin, etc.)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Peu ou pas <input type="checkbox"/> Modérément <input type="checkbox"/> Beaucoup | | |
| • Autres, spécifiez _____ | | | • Ronflez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous ronflez ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Problèmes respiratoires : | | | 14. Avez-vous une allergie ou une intolérance aux produits suivants ? | | |
| • Rhumes fréquents ou sinusites..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| • Tuberculose ou problèmes pulmonaires..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Latex..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Asthme..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Certains aliments..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Problèmes articulaires ou osseux : | | | • Iode..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Arthrite..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Aspirine..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Problèmes de dos ou de cou..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Barbituriques..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Prothèses articulaires..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Autres, spécifiez _____ | | |
| • Ostéoporose..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Prenez-vous ou avez-vous déjà pris des biphosphonates ?... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si oui, lesquelles et quand _____ date _____ | | |
| | | | _____ date _____ | | |
| | | | _____ date _____ | | |
| | | | _____ date _____ | | |

ANTÉCÉDANTS DENTAIRES

- | | |
|--|---|
| <p>1. Dernière visite chez un dentiste :
 <input type="checkbox"/> 0-6 mois <input type="checkbox"/> 6-12 mois <input type="checkbox"/> +12 mois
 Traitements reçus : _____</p> <p>2. Avez-vous déjà eu des traitements dentaires tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Démonstration d'hygiène buccale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Traitement des gencives..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Traitement d'orthodontie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Traitement de canal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Obturations..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Couronne(s) et/ou ponts..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Prothèses complètes et/ou partielles <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Traitements de chirurgie buccale ou extractions..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Implants dentaires <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Radiographies dentaires <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Autres, spécifiez _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <p>3. Craignez-vous les traitements dentaires ?
 <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/> Pas du tout</p> | <p style="text-align: center;">Oui Non</p> <p>4. Est-ce que vos dents sont sensibles aux éléments suivants :
 <input type="checkbox"/> Chaud <input type="checkbox"/> Froid <input type="checkbox"/> Aliments sucrés <input type="checkbox"/> Aliments sûrs</p> <p>5. Est-ce que vous serrez la mâchoire ou grincez des dents fréquemment ?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>6. Ressentez-vous de la douleur dans la région située à l'avant des oreilles ?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>7. Est-ce que vous avez de la douleur à la mâchoire ou des maux de tête fréquents ?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>8. Est-ce que vos dents ferment de façon inconfortable ?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>9. Avez-vous déjà eu un accident ou un traumatisme au niveau du visage ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
 Si oui, spécifiez _____

 _____</p> |
|--|---|

Souhaitez-vous améliorer votre sourire (blancheur des dents, forme, longueur, espacement, etc.) ?
 Si oui, veuillez décrire les améliorations recherchées

IMPORTANT - Merci de lire cet engagement

Afin d'entretenir de bonnes relations, nous tenons à vous informer que nous travaillons très fort pour vous satisfaire afin que vous puissiez avoir un rendez-vous rapidement. Voilà pourquoi il est important pour nous de savoir que vous allez être présent à votre rendez-vous.

Nous confirmons la présence de tous nos patients entre 24 et 48 heures à l'avance et tenons à vous parler personnellement afin de réviser avec vous le traitement, le temps prévu ainsi que le coût de celui-ci.

Si vous devez annuler ou reporter votre rendez-vous, pour une raison hors de votre volonté, il est important de nous en aviser dans **les 24 à 48 heures précédentes**, afin que nous puissions offrir le temps que nous avons réservé pour vous, à un autre de nos patient et ainsi, vous éviter des frais d'annulation (**50\$**).

Nous tenterons de vous joindre de jour au travail et de soir, à la maison, si malgré tout nous ne pouvons vous parler, il sera de votre responsabilité de retourner nos appels afin de confirmer votre présence.

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médicodentaire au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par la présente à vous aviser de tout changement de mon état de santé. J'autorise la constitution de mon dossier dentaire, son suivi, ainsi que mon inscription sur la liste de rappel du (des) dentiste(s) traitant(s).

Signature : _____ Date : _____
Patient ou parent / tuteur

CONFIDENTIAL QUESTIONNAIRE

Surname _____ Name _____ Sex : M F
 Address: _____
 Telephone: Home _____ Office _____ Cell: _____
 Date of birth: Year _____ Month _____ Day _____ E-mail: _____
 Medicare No.: _____ Exp. date: _____
 If under 18, write the name of the parent or guardian: M. Mrs _____
 Emergency contact: _____ Reason for visit: _____

If this a referral, please write the person's name? Name: _____
 How did you find us? Local paper Yellow pages Internet Passing by Other _____

MEDICAL HISTORY

<p>1. Are you presently under the care of a doctor? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If so, why? _____ Doctor's name _____ Telephone: _____</p> <p>2. Have you taken prescribed medication in the past 6 months (now or in the past)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If so, please specify _____ _____ _____</p> <p>3. Are you presently using natural or homeopathic products? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • If so, please specify _____ _____ • Are you using an oral contraceptive? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>4. Have you recently lost or gained a lot of weight? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. Are you pregnant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Are you breast-feeding? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Have you ever suffered from any of the following (now or in the past)?</p> <p>6. Heart Disease: • Chest pain <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Blood pressure <input type="checkbox"/> High <input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Heart murmur <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Valvular problem <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Rheumatic fever <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Pacemaker <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Artificial valve <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Coronary; angina <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>7. Blood Problems: • Haemophilia <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Prolonged bleeding <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Thin blood <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Anaemia <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Latent or full-blown AIDS <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Have you been prescribed a blood-thinner? (aspirine, Coumadin, etc.) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Other, specify _____</p> <p>8. Respiratory Problems: • Frequent colds or sinusitis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Tuberculosis or lung problems <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Asthma <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>9. Joint/Bone Problems: • Arthritis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Back or neck aches <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Artificial joints <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Osteoporosis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Have you been prescribed a biophosphonate (now or in the past)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>10. Nervous Disorders: • Fainting spells; dizziness <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Frequent headaches <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Epilepsy <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Psychiatric problems <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No specify: _____</p> <p>11. Diabetes-Related Problems: • Urinating more than 6 times a day <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Dry mouth <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Special diet <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Insulin <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Coma <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Pancreas transplant <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>12. Thyroid Problems: <input type="checkbox"/> Hyperthyroidism <input type="checkbox"/> Hypothyroidism</p> <p>13. Other Health Problems: • Cancer (chemotherapy; radiotherapy) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Liver problem (cirrhosis, jaundice, etc.) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Hepatitis A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Digestive problem, specify _____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Stomach ulcer <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Kidney disease <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Venereal disease (STD) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Skin disease <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Eye problem (glaucoma) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Earache <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Venereal disease (herpes, etc.) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Hay fever <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Do you smoke? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Do you take hallucinogenic drugs? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No • Do you drink alcoholic beverages? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A little <input type="checkbox"/> Moderately <input type="checkbox"/> A lot • Do you snore or have you been told that you snore? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>14. Are you intolerant or allergic to any of the following? <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Yes</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Yes</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>• Latex.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>• Penicillin.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Some foods.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>• Codeine.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Iodine.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>• Other antibiotics.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Aspirine.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>• Local anaesthesia.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Barbiturates.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>• Sulphonamides.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Other, specify _____</td> <td></td> <td></td> <td>(sulpha drugs)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </p> <p>15. Have you ever been hospitalised or operated on for non-dental problems? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If so, please specify the intervention and date: _____ date _____ _____ date _____ _____ date _____</p>		Yes	No		Yes	No	• Latex.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Penicillin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Some foods.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Codeine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Iodine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Other antibiotics.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Aspirine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Local anaesthesia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Barbiturates.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Sulphonamides.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Other, specify _____			(sulpha drugs)		
	Yes	No		Yes	No																																						
• Latex.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Penicillin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
• Some foods.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Codeine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
• Iodine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Other antibiotics.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
• Aspirine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Local anaesthesia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
• Barbiturates.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Sulphonamides.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
• Other, specify _____			(sulpha drugs)																																								

DENTAL HISTORY

1. When was your last visit to the dentist?
 0-6 months 6-12 months +12 months
 Treatments received _____

Yes No

2. Have you ever received any of the following?
- Oral hygiene instructions
 - Gum treatment.....
 - Orthodontic treatment.....
 - Root canal treatment
 - Filling.....
 - Crown; bridge
 - Partial or complete denture
 - Surgical treatment or extraction.....
 - Dental implant
 - X-ray
 - Other treatment, specify _____

3. Are you apprehensive about receiving a dental treatment? Yes No
 Not at all A little A lot

4. Are your teeth sensitive to such foods? Yes No
 Hot Cold Sweet Sour

5. Do you often clench your jaw or grind your teeth?.....

6. Do you feel pain in the area in front of the ears?.....

7. Do you suffer from a sore jaw or frequent headaches?.....

8. Does your bite feel uncomfortable?.....

9. Have you ever suffered a facial accident or trauma?

If yes, specify _____

Would you like to improve your smile in any way (i.e., colour of your teeth, shape, length, spacing, etc.)?
 If so, please explain your objectives

IMPORTANT - The following statement is binding; please read carefully

Our relationship with you is important to us. This is why we make very effort to receive you in the best delays. Once an appointment is set, we will confirm it 24-48 hours in advance and reiterate what treatment you will receive, the expected duration and the cost. We expect you to be present!

responsibility for confirming your appointment will then rest with you.

We will try to reach you at work and/or at home. Should we be unable to speak with you directly, we will leave a message; the

Should you ever need to cancel or reschedule an appointment, we ask you to call us **at least 24-48 hours** in advance so that we may fill the timeslot and avoid you a **\$50** cancellation fee.

I, the undersigned, hereby declare that I have read, understood and answered the above medical-dental questionnaire to the best of my knowledge. I also hereby promise to inform you of any change to my health. I authorize the setting up of my dental file, its follow-up, as well as my registration on the recall list(s) of the attending dentist(s). I have been informed that my file will be kept in the office at all times and that only the dentist (s) and his/her (their) auxiliary personnel will have access to it. I have also been informed of my right to consult my file, to request that it be corrected, if necessary, and to remove my name from the recall list.

Signature: _____ Date: _____
 Patient or parent / guardian