

Dental Patients Intake Form

Location: _____

Date: _____

Form #: _____

First Name الاسم	Last Name اسم العائلة	Nationality الجنسية	Phone # رقم الجوال
DOB تاريخ الميلاد	Age العمر	Gender الجنس	ID#: رقم الهوية

Overall Health Questions		Yes	No	Medical History List All Current Medication: اسماء الادوية التي تستعملها	Dental Exam\ Triage Chief Complaint: : مما تشكو			
Are you in Good General Health هل انت بصحة جيدة								
Have you been evaluated by SAMS medical Team? هل تعالجت من قبل فريق سامز الطبي								
Have you been evaluated by SAMS Dental Team? هل تعالجت من قبل فريق سامز لعناية الاسنان								
Medical Questions		Yes	No	List All Known Allergies: ماهي الاشياء التي تتحسس منها	Dental Diagnosis/ Findings			
Heart Disease? امراض قلبية								
Pulmonary/ Lung Disease (Emphysema, COPD, etc.) امراض صدرية و رئوية								
Kidney Disease (kidney stone, blood in Urine etc.) امراض كلوية حصوة او دم بالبول								
GI Disease (Acid reflux, constipation, diarrhea..) امراض هضمية حموضة بالمعدة او اسهال او امساك								
Neurologic (Stroke, Seizures, Dementia, etc.) امراض العصبية السكتة الدماغية ، النوبات ، الخرف								
Psychological امراض نفسية								
Liver disease? امراض كبد								
Do you Smoke هل تدخن								
Do you consume Alcoholic beverages هل تشرب الكحول								
Female Patient are you pregnant? هل انتي حامل				Any Other Medical Issue? هل عندك مشاكل اخرى	Patient Consented to treatment? Yes No Patient declined Tx and Dismissed			
Female Patient are you currently breastfeeding? هل ترضعين								
Dental Questionnaire		Yes	No	BP:	Pulse:			
Do you have dental Pain? هل تعاني من الم بالاسنان				Treatment Area				
Do you brush your teeth Daily? هل تفرشي اسنانك بانتظام				GP	OS	Pedo	Perio	Hygiene
Do you get routine dental care? هل تزور طبيب الاسنان بانتظام								

Summary Of Care

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
RIGHT								LEFT							
A B C D E								F G H I J							
T S R Q P								O N M L K							
Lingual															
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17

Preventive	
Cancer Screening	
Fluoride	
Smoke Cessation	
Diet Counseling	
Oral Hygiene instructions	
Hygiene	
Full Mouth Debridement	
Scaling/ Root planning	
Adult Prophy	
Child Prophy	

Symbol	X	P	O	C	E	?
Procedure	Extraction	Pulpotomy	Crown	Restoration	Endo/ RCT	Other (specify)
Tally						

RX:
Follow Up care/ Referral

Additional Treatment Notes
Anesthetic:
Dr. Name & Specialty :

GP	OS OR	Pedo OR	Medical Consult	Other
----	-------	---------	-----------------	-------

