



# Ottawa Surgicentre

#100-2255 Carling Ave.  
 Ottawa, ON K2B 7Z5  
 Ph: 828-2230 Fx: 828-1771

Date of Surgery \_\_\_\_\_  
 Surgeon \_\_\_\_\_  
 Procedure \_\_\_\_\_  
 Chart # \_\_\_\_\_

Date / Date d'aujourd'hui: \_\_\_\_\_

Last Name / Nom: \_\_\_\_\_

First Name / Prénom: \_\_\_\_\_

Marital Status: \_\_\_\_\_ Gender: M / F Date of Birth: \_\_\_\_\_  
 Etat Civile Date de naissance

Home Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Postal Code: \_\_\_\_\_  
 Adresse au domicile Ville Code Postal

Home Phone: \_\_\_\_\_ Business Phone: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_  
 Telephone Telephone

Business Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Postal Code: \_\_\_\_\_  
 Adresse d'affaire Ville Code Postal

Occupation: \_\_\_\_\_ Firm: \_\_\_\_\_  
 Emploi Compagnie

Do you live Alone?: Y or N  
 Habitez vous seul

Next of Kin: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté

Name of Physician: \_\_\_\_\_ Name of Dentist: \_\_\_\_\_  
 Nom du medecin de famille Nom du Dentiste

Referred By: \_\_\_\_\_  
 Recommande par

Are you covered by a Private or Group Dental Insurance: Y / N  
 Avez-vous une assurance dentaire privée ou de groupe?

**HEALTH QUESTIONNAIRE**

1. Are you in good health Yes / No  
Etes-vous en bonne sante Oui / Non
2. Are you on any medications? Yes / No  
Prenez-vous des medicaments? Oui / Non  
List: \_\_\_\_\_  
Lesquels
3. Do you have any know allergies? Yes / No List: \_\_\_\_\_  
Souffrez-vous d'allergies? Oui / Non Liste:
4. Do you smoke? Yes / No How Many per day? \_\_\_\_\_ How many years? \_\_\_\_\_  
Fumez-vous? Oui / Non Combien par jour? \_\_\_\_\_ Combien d'annees? \_\_\_\_\_
5. Have you ever had abnormal bleeding tendencies? Yes / No  
Avez-vous des problemes de saignement apres une extraction ou autre? Oui / Non
6. Have you ever been treated in the past for:  
Dans le passe, avez-vous subi des traitements pour:
- |                                       |          |           |
|---------------------------------------|----------|-----------|
| Diabetes / Diabete                    | Yes / No | Oui / Non |
| Heart Trouble / Troubles cardiaques   | Yes / No | Oui / Non |
| Epilepsy / Epilepsie                  | Yes / No | Oui / Non |
| Kidney Disease / Problemes renaux     | Yes / No | Oui / Non |
| Rheumatic Fever / Fievre Rhumatismale | Yes / No | Oui / Non |
| Hepatitis / Hepatite                  | Yes / No | Oui / Non |
| Asthma / Asthme                       | Yes / No | Oui / Non |
| HIV+ / SERO+                          | Yes / No | Oui / Non |
7. Are you now or have you ever been treated for drug addiction or alcoholism? Yes / No  
Presentement ou dans le passe, avez-vous subit des traitements pour addiction de substances ou alcohol? Oui / Non
8. Are you subject to neurological disorders? Yes / No  
Avez-vous des problemes du systeme nerveux central? Oui / Non
9. Have you ever had a General Anesthetic? Yes / No  
Avez-vous deja eu une anesthesie generale? Oui / Non
10. Have you or your family had complications during an anesthetic? Yes / No  
Est-ce que vous ou un membre de votre famille avez deja reagit a une anesthesie generale? Oui / Non
11. Do you have any dizziness or shortness of breath? Yes / No  
Souffrez-vous d'etourdissements ou de difficulte respiratoire? Oui / Non
12. Is there anything special about your families physical condition that should be called to the doctor's attention?  
Dans votre famille, y-a-t-il une histoire medical particuliere?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. Are you presently having pain or difficulty with your teeth or you jaws? Yes / No  
Presentement, avez-vous de la douleur causee par vos dents ou vous machoires? Oui / Non
14. Are you pregnant? Yes / No  
Etes-vous enceinte? Oui / Non
15. Do you wear contact lenses? Yes / No  
Portez-vous des lentilles corneennes? Oui / Non

Please sign here: \_\_\_\_\_  
S.V.P. Signez ici