

Clinique de santé Guindon

INFORMATION PERSONNELLE

Nom: _____ Prénom: _____
Adresse: _____ Ville: _____
Code postal: _____ Téléphone: _____
Cellulaire: _____ Tél. travail: _____
Date de naissance: _____ Sexe : M F Courriel: _____
Occupation: _____
Comment avez-vous entendu parler de nous? _____
Êtes-vous référé d'un autre professionnel, si oui qui? _____
Raison de la référence : _____

Merci de donner votre consentement pour recevoir notre infolettre mensuelle par courriel. Grâce à elle, vous connaîtrez nos spéciaux, l'horaire de nos formations, les vacances de nos professionnels, les changements de personnels et d'horaires ou toutes autres informations importantes pour notre clinique. De plus, chaque mois nous offrons des informations gratuites pour vous aider à vous garder en santé. Un seul courriel est envoyé par mois (sauf de rares exceptions) et vous pouvez vous désinscrire en tout temps. Finalement, votre courriel est uniquement utilisé que par la clinique; aucune autre entreprise n'y a accès. *SVP apposez vos initiales pour recevoir l'infolettre de la clinique:* _____

HISTORIQUE MÉDICAL

Donnez des informations (date, circonstance) sur:

Accident de la route: _____
Chute ou traumatisme important: _____
Commotion/dépression/burn out: _____
Chirurgie (année): _____
Blessure traumatique dos/cou _____
Fracture/déchirure/entorse: _____
Cancer (site et année): _____
Médecin de famille: _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Encercler si cela vous concerne et expliquez au besoin. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :

- Maux de tête ou migraines? _____
- Nausées, vomissements, bruits dans les oreilles, pertes d'équilibre, perte d'audition? _____
- Sinusite, bronchite, pneumonie, asthme, allergies? _____
- Problèmes cardiaques de tout genre, problème relié à la pression artérielle? _____
- Diarrhée constipation, ballonnement, crampes, reflux? _____
- Difficulté à vous endormir?
- Vous vous réveillez la nuit? nombre: _____, raison: _____
- Être fatigué au réveil? Ou êtes-vous énergique? _____
- Maladies métaboliques telles que l'ostéoporose, arthrite, thyroïde, diabète, etc.? _____

HISTOIRE ACTUELLE

Quels médicaments prenez-vous? : _____
Quels sont le résultat de vos tests médicaux (rayons-X, IRM, etc.) : _____
Quels sports ou activités pratiquez-vous et à quelle fréquence? _____
Dominance : Droite Gauche
Êtes-vous enceinte? Oui Non
Quels sont vos buts en consultant un professionnel ici? _____

CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

En signant, vous donnez votre accord à votre intervenant de vous évaluer et/ou de vous traiter selon sa discipline professionnelle.

Signature

Date

Initiales du professionnel