

ÉVALUATION DE LA SANTÉ / HEALTH EVALUATION

Antécédents médicaux (SVP encerclez) / *Medical History (Please circle)* :

- | | | | |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----|-----|
| • Accident vasculaire cérébral / <i>Stroke</i> | • Fumez-vous? / <i>Do you smoke?</i> | O/Y | N/N |
| • Anémie / <i>Anemia</i> | • Êtes-vous enceinte? / <i>Are you pregnant?</i> | O/Y | N/N |
| • Arthrite-Arthrose / <i>Arthritis-Arthrosis</i> | • Contraceptifs oraux? / <i>Birth control pills?</i> | O/Y | N/N |
| • Asthme / <i>Asthma</i> | • Allergies : _____ | | |
| • Cancer / <i>Cancer</i> _____ | _____ | | |
| • Cholestérol élevé / <i>High Cholesterol</i> | • Accidents : _____ | | |
| • Diabète / <i>Diabetes</i> | _____ | | |
| • Étourdissements-Vertiges / <i>Dizziness-Vertigo</i> | • Chirurgies / <i>Surgeries</i> : _____ | | |
| • Hépatite / <i>Hepatitis</i> _____ | _____ | | |
| • Hypertension artérielle / <i>High Blood Pressure</i> | • Antécédents familiaux / <i>Family History</i> : _____ | | |
| • Maladies cardiovasculaires / <i>Heart Diseases</i> | _____ | | |
| • Maux de tête et migraines / <i>Headaches and Migraines</i> | • Dernière visite médicale / <i>Last medical visit</i> : _____ | | |
| • Ostéoporose / <i>Osteoporosis</i> | • Autre / <i>Other</i> : _____ | | |
| • Autre / <i>Other</i> : _____ | _____ | | |

Liste de vos médicaments, vitamines et suppléments / *List of your medications, vitamins and supplements* :

Nom(s) / <i>Name(s)</i>	Posologie / <i>Dosage</i>	Nom(s) / <i>Name(s)</i>	Posologie / <i>Dosage</i>
• _____		• _____	
• _____		• _____	
• _____		• _____	
• _____		• _____	
• _____		• _____	

Je déclare que, au meilleur de mes connaissances, toutes les informations données sont complètes et véridiques. Par la présente, j'autorise le chiropraticien à procéder aux examens, aux radiographies (si nécessaires) et aux traitements requis pour le rétablissement et le maintien de ma santé. Les radiographies demeurent la propriété de la clinique et du chiropraticien, selon le Code de déontologie de l'Ordre des chiropraticiens du Québec.

I declare that, to the best of my knowledge, all the information given is complete and accurate. I hereby authorize the chiropractor to proceed to the examination, x-rays (if necessary) and treatments required for the recovery and maintenance of my health. The x-rays remain property of the clinic and of the chiropractor, under the Code of Ethics set by the Ordre des chiropraticiens du Québec.

Signature du patient ou de son parent/tuteur légal : _____ Date : _____
Signature of the patient or the parent/legal guardian

Signature du chiropraticien traitant: _____ Date : _____
Signature of the treating chiropractor