



**CONFIDENTIAL HEALT HISTORY FORM**  
**FORMULAIRE D'HISTOIRE DE SANTÉ CONFIDENTIEL**

**A. PERSONAL INFORMATION/INFORMATIONS PERSONNELLES**

Name/*Nom* : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Address/*Adresse* : \_\_\_\_\_

Date of birth : \_\_\_\_\_ Height : \_\_\_\_\_ Weight : \_\_\_\_\_  
*Date de naissance* : \_\_\_\_\_ *Hauteur* : \_\_\_\_\_ *Poids* : \_\_\_\_\_  
(dd/mm/yyyy)

Telephone : \_\_\_\_\_  
(home/maison) (work/travail) (mobile/cellulaire)

Occupation : \_\_\_\_\_

Family physician name and adress :  
*Nom et adresse du médecin de famille* :

\_\_\_\_\_

Insurance/*Assurance* : \_\_\_\_\_

**B. MEDICAL HISTORY/HISTORIQUE MÉDICALE**

Medication/*Médicaments* : \_\_\_\_\_

Past Surgeries/*Chirurgies* : \_\_\_\_\_

Injuries/*Blessures* : \_\_\_\_\_

Others/*Autres* : \_\_\_\_\_

Motor Vehicle Accident : Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
*Accident d'automobile* : *Oui* \_\_\_\_\_ *Non* \_\_\_\_\_

Date of Accident  
*Date de l'accident* : \_\_\_\_\_

## **C. CURRENT AND PAST CONDITIONS – CONDITIONS DU PRÉSENT ET DU PASSÉ**

(Please write ✓ for current, and X for past) – SVP écrire ✓ pour indiquer le présent et X pour le passé)

### **Abdominal/Abdominaux**

- Hernia/Hernie
- Colitis/Colite
- Diverticulitis/Diverticulose
- Chron's Disease/Maladie du Crohn
- Gastritis/Gastrite
- Bladder problems/Problèmes de vessie

### **Digestion/Digestif**

- Constipation
- Diarrhea/Diarrhée
- Nausea/Nausée
- Liver disease/Maladie du foie
- Diabetes/Diabète
- Ulcers/Ulcères

### **Skin conditions/Conditions de la peau**

- Bruise easily/Facile à recevoir des contusions
- Skin disease/Maladies de la peau
- Sensitive skin/Peau sensible

### **Muscles and joints/Muscles et articulations**

- Arthritis/Arthrite
- Broken bones/Os cassés
- Disc problems/Problèmes de disque
- Joint dislocation/Dislocation
- Osteoporosis/Ostéoporose
- Pain, Stiffness, Swelling, Cramps/ Douleur, Rigidité, Enflure, Crampes
- Scoliosis/Scoliose
- Sprain, Strain/Entorse, foulure
- Tendonitis/Tendinite
- TMJ, Jaw pain/Douleur de mâchoire
- Weakness, Loss of Strength/Faiblesse
- Arteriosclerosis/Artériosclérose

### **Others/Autres**

- AIDS or HIV positif/SIDA
- Depression, Anxiety/Dépression, Anxiété
- Hepatitis/Hépatite
- Hyper, Hypothyroidism/Hyper, hypothyroïdisme
- Prothesis/Prothèses
- PTSD/SSPT

### **Cardiovascular/Cardiovasculaire**

- Anaemia/Anémie
- Blood clots/Caillot de sang
- Fainting, Dizziness/Évanouissement, Vertige
- Haemophilia/Hémophilie
- Blood pressure/Hypo-Hyper
- Phlebitis, Varicose veins/ Veines de varicose
- Heart conditions/Conditions au cœur

### **Respiratory/Respiratoire**

- Allergies
- Asthma/Asthme
- Bronchitis/Bronchite
- Emphysema/Emphysème
- Sinus, Colds/Sinus, Rhume
- Smoker/Fumeur (euse)

### **Women/Femmes**

- Menstrual problems/Problèmes menstruels
- Menopause/Ménopause
- Pregnancy/Grossesse

### **Head, Neck/ Tête, Cou**

- Headaches/Maux de têtes
- Visual impairments/Problèmes de visions
- Hearing impairments/Problèmes auditif
- Jaw problems/Problèmes de mâchoire
- Neurological conditions/Conditions neurologiques

- Cancer
- Epilepsy/Épilepsie
- Hormonal disorders/Problèmes hormonaux
- Insomnia/Insomnie
- Tumours/Tumeurs

Others/Autres \_\_\_\_\_

Information enclosed in this form is confidential and is between the client and the therapist. Any other distribution, copying or disclosure is prohibited. I certify that all information provided above is accurate at the date shown below. I have read and understand the information found therein. *L'information contenue dans ce formulaire est confidentielle et vise uniquement le client et la massothérapeute. Toute autre distribution, copie ou divulgation est interdite. J'atteste que tous les renseignements indiqués ci-dessus sont exacts à la date indiquée ci-après. J'ai lu et compris les informations qui se trouvent dans ce document.*

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

## POLICIES/POLITIQUES

- By checking this box, and providing my email below, I consent for Medes to retain my email address for the purpose of Medes, sent a few times a year. I understand that I can unsubscribe at any time.

En cochant la case, et en fournissant mon adresse électronique ci-dessous, je permets à Medes de conserver mon information dans le but de m'envoyer des nouvelles de l'entreprise, envoyées quelques fois par année. Je comprends que je peux me désinscrire à n'importe quel moment.

**E-mail/Courriel :** \_\_\_\_\_

### **PAYMENT POLICY/POLITIQUE DE PAIEMENT**

I am aware of Medes payment policy. All treatments received must be paid on the day, which they were received. For treatments being invoiced directly to an insurance company, a form for direct invoicing must be filled out and proof of insurance must be provided. I am responsible for the payment of treatments if I am not authorized (or rejected) by my insurance company and I am also responsible for the payment of any amount not covered by this insurance. (This includes *Workers Compensation Board – WCB*, as well as any insurance company involved in claims pertaining to Motor Vehicle Accidents.)

*Je suis conscient(e) de la politique de paiement de Medes. Tous traitements reçus doivent être payés le jour même qu'ils ont été reçus. Pour les traitements facturés directement à une compagnie d'assurance, un formulaire pour facturation directe doit être rempli et une preuve d'assurance doit être fournie. Je suis responsable du paiement des traitements qui ne sont pas autorisés (ou rejetés) par l'assureur et je suis aussi responsable des montants qui ne sont pas couverts par la compagnie d'assurance. (Cela comprend « Travail Sécuritaire », ainsi que toute compagnie d'assurance impliquée aux accidents de la route.)*

### **CANCELLATION POLICY/POLITIQUE D'ANNULATION**

This policy requires that clients **MUST** inform Medes Spa 48 hours in advance if they need to cancel their upcoming massage appointment. Failing to do so will lead to a cancellation fee of the full service plus tax that will be billed directly to the client.

*Selon cette politique, les clients DEVRONT informer le Spa Medes au moins 48 heures à l'avance s'ils doivent annuler leur prochain rendez-vous de massothérapie, sans quoi, des frais d'annulation équivalent au frais du service plus tax leur seront directement facturés.*

\_\_\_\_\_  
**Patient Signature**  
**Signature du patient(e)**

\_\_\_\_\_  
**Date**