NORTH END WATERFRONT HEALTH DENTAL MEDICAL HISTORY

PORTUGUESE

Prontuário Odontológico

Nome do Paciente

Número do Record Dental :_____ Endereço

Paciente, Pai, Mãe ou Guardião da Criança Tel. No. (Casa) (cel.)

Por favor responda este histórico médico porque ele irá ajudar seu dentista a dar-lhe o melhor cuidado possivel.

Data de Nascimento:

Seguro de Saúde

N. Seguro Social

Questionário Médico

1-	Voce tem algum problema sério de saúde?	**SIM**	**NÃO**
2-	Está tomando ou tomou algum remédio recentemente?	**SIM**	**NÃO**
	Se a resposta for SIM, escreva o nome do remédio:		
3-	Tem alguma alergia ou sensibilidade a remédio ou aliment Diabetes / História da Família	**SIM**	**NÃO**
	Quais? (Exemplo: Penicilina, Xilocaína, etc…)	**SIM**	**NÃO**
4-	Ao cortar-se, machucar-se ou após uma extração sangra muito e/ou demora parar de sangrar?	**SIM**	**NÃO**
	Sangra pelo nariz constantemente, ou tem manchas roxas facilmente?	**SIM**	**NÃO**
5-	Esteve hospitalizado recentemente? **SIM NÃO** Qual a razão e quanto tempo?	**SIM**	**NÃO**

6- Voce tem ou já teve qualquer um dos problemas de saúde a seguir:

Sopro no Coração / Reumatismo no Sangue	**SIM**	**NÃO**	Distúrbios da Tireoide	**SIM**	**NÃO**
Doença Cardíaca / Cirurgia Cardiovascular	**SIM**	**NÃO**	AIDS/ARC/infecção por HIV (SIDA)	**SIM**	**NÃO**
Ataque Cardíaco	**SIM**	**NÃO**	Problemas de Sinusite	**SIM**	**NÃO**
Dor no Peito / Angina / Infarto	**SIM**	**NÃO**	Epilepsia, convulsões	**SIM**	**NÃO**
Pressão Alta	**SIM**	**NÃO**	Derrame cerebral	**SIM**	**NÃO**
Ansiedade / Síndrome do Pânico / Depressão	**SIM**	**NÃO**	Diabetes / Historia Familiar	**SIM**	**NÃO**
Anemia / Outra doença do Sangue (Qual?)	**SIM**	**NÃO**	Desmaios	**SIM**	**NÃO**
Protese no Joelho / Quadril / Ombro (Pinos)	**SIM**	**NÃO**	Artrite	**SIM**	**NÃO**
Infecção Pulmonar (Tuberculose / Pneumonia / As	**SIM**	**NÃO**	Tumores	**SIM**	**NÃO**
Doença Hepática (Hepatite / Icterícia / Cirrose)	**SIM**	**NÃO**	Doenças Sexualmente Transmissíveis	**SIM**	**NÃO**
Problemas Estomacal / Intestinal / Úlcera	**SIM**	**NÃO**	Reação Alérgica (Med. / Alimento)	**SIM**	**NÃO**
Doença Renal (Infecções / Diálise)	**SIM**	**NÃO**	Qual?		

	Você tem alguma outra doença que não está nesta lista?	**SIM**	**NÃO**
7-	Voce tem Clinico Geral / Pediatra ?	**SIM**	**NÃO**
	Nome do Médico_____ Endereço:		
8-	Quando foi seu último Exame Médico Completo? (Check-up Anual)		
9-	Voce teve perda involuntária de peso recentemente?	**SIM**	**NÃO**
10-	***Mulheres*** Está grávida? **SIM NÃO** Quantos Semanas / Meses?		
	Voce esta tomando pílulas anticoncepcional? **SIM NÃO**	**SIM**	**NÃO**
11-	Quando foi sua última visita ao dentista? _____ Voce tem radiografias? _____	**SIM**	**NÃO**
12-	***Crianças :*** O paciente chupa o dedo? **SIM NÃO**		

Certifico que a presente histórico médico obtem as informações relevantes sobre minha saúde física e mental, incluindo reações alérgicas, doenças pré-existentes ou qualquer outra condição anormal em relação a minha saúde. Declaro que se, por esquecimento ou livre e espontânea vontade, omiti alguma informação mesmo não a julgando importante e assumo o risco de tal ato.

Atesto e dou o meu consentimento para o paciente mencionado acima ser tratado.

Assinatura do Paciente ou Pai / Mãe ou Responsável _____ **Data**_____

Resultados / Precauções:

Revisado (Nome): **Data:**