Prontuário nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dados do Paciente:

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | |
| Endereço: | |
| Estado/Cidade: | CEP: |
| RG: | CPF: |
| Data de Nascimento: | Estado Civil: |
| Telefone: | Celular: |
| E-mail: | |

Dados do Responsável Legal (Incapaz ou Inimputável)

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | |
| Endereço: | |
| Estado/Cidade: | CEP: |
| RG: | CPF: |
| Data de Nascimento: | Estado Civil: |
| Telefone: | Celular: |
| E-mail: | |

|  |
| --- |
| Observação Importante: |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Queixa Principal: |
|  |
|  |
|  |

Questionário de Saúde

|  |
| --- |
| Atualmente sofre de alguma doença? |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Atualmente está em tratamento médico? Utiliza algum medicamento? Quais? |
|  |
|  |
|  |
|  |

Caso esteja em tratamento(s) médico(s) e utilizando medicamento(s), informar abaixo o(s) nome(s) e contato(s) do(s) profissional(is):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome: | Contato: | Especialidade: |
| Nome: | Contato: | Especialidade: |
| Nome: | Contato: | Especialidade: |
| Tem alergia a algum medicamento? Quais? | | |
|  | | |
|  | | |

|  |
| --- |
| Histórico Familiar de Doenças: |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Já realizou tratamento odontológico? |
| Há quanto tempo? |
| Caso tenha interrompido o tratamento, informar o motivo: |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Fumante? | Frequência: |
| Ingere Bebida Alcoólica? | Frequência: |
| É ou foi Usuário de Drogas? Quais? Utiliza com qual frequência? | |
|  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Doença | | | | | Tem ou teve há quanto tempo? |
| AIDS | Sim |  | Não |  |  |
| Anemia | Sim |  | Não |  |  |
| Anorexia | Sim |  | Não |  |  |
| Asma | Sim |  | Não |  |  |
| Bulimia | Sim |  | Não |  |  |
| Cardíaca (Coração) | Sim |  | Não |  |  |
| Diabetes | Sim |  | Não |  |  |
| Gástrica (Estômago) | Sim |  | Não |  |  |
| Hemofilia | Sim |  | Não |  |  |
| Hepática (Fígado) | Sim |  | Não |  |  |
| Herpes | Sim |  | Não |  |  |
| Hipertensão | Sim |  | Não |  |  |
| Renal (Rins) | Sim |  | Não |  |  |
| Respiratória | Sim |  | Não |  |  |
| Sífilis | Sim |  | Não |  |  |
| Xerostomia(Boca Seca) | Sim |  | Não |  |  |
| Outra(s): |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Já realizou algum procedimento cirúrgico? |
| Há quanto tempo? |
| Por qual motivo? |

Informar se tem ou teve:

|  |
| --- |
| Problema de Cicatrização: |
| Hemorragia: |
| Problema com Anestésicos: |

|  |  |
| --- | --- |
| Está Gestante? | Meses: |
| Nome do(a) Médico(a): | Contato: |

Obs.: Solicitamos o contato para o fim de verificar se há alguma restrição em relação à realização dos procedimentos odontológicos.

|  |
| --- |
| Informações Importantes: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Declaro para os devidos fins de direto, que as informações prestadas neste documento são verdadeiras.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.