

# HISTÓRICO DE SAÚDE

Portuguese

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Nº do Paciente: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

## I. FAÇA UM CÍRCULO AO REDOR DA RESPOSTA APROPRIADA (deixe em branco se não entender a pergunta):

- |    |     |     |   |  |  |                                     |
|----|-----|-----|---|--|--|-------------------------------------|
| 1. | Sim | Não | Você tem boa saúde geral?   |  |  |                                     |
| 2. | Sim | Não | Houve alguma alteração na sua saúde no último ano?                        |  |  |                                     |
| 3. | Sim | Não | Você foi hospitalizado ou teve alguma doença séria nos últimos três anos? |  |  |                                     |
|    |     |     | Se a resposta foi SIM, por quê? _____                                     |  |  |                                     |
| 4. | Sim | Não | Você está sendo tratado por um médico atualmente? Por que razão? _____    |  |  |                                     |
|    |     |     | Data do seu último exame médico _____                                     |  |  | Data do último exame dentário _____ |
| 5. | Sim | Não | Você já teve problemas com tratamento dentário?                           |  |  |                                     |
| 6. | Sim | Não | Você está sentindo dor neste momento?                                     |  |  |                                     |

## II. VOCÊ JÁ TEVE:

- |     |     |     |   |     |     |     |                                  |
|-----|-----|-----|---|-----|-----|-----|----------------------------------|
| 7.  | Sim | Não | Dor no peito (angina)?  | 18. | Sim | Não | Tontura?                         |
| 8.  | Sim | Não | Tornozelos inchados?  | 19. | Sim | Não | Zunido nos ouvidos?              |
| 9.  | Sim | Não | Falta de ar?  | 20. | Sim | Não | Dores de cabeça?                 |
| 10. | Sim | Não | Perda de peso recente, febre, suores noturnos?                    | 21. | Sim | Não | Desmaios?                        |
| 11. | Sim | Não | Tosse persistente, ou tossir sangue?                              | 22. | Sim | Não | Visão embaçada?                  |
| 12. | Sim | Não | Problemas de sangramento, ou de formação de hematomas facilmente? | 23. | Sim | Não | Convulsões?                      |
|     |     |     |   | 24. | Sim | Não | Sede excessiva?                  |
| 13. | Sim | Não | Problemas relativos a sinusite?                                   | 25. | Sim | Não | Necessidade freqüente de urinar? |
| 14. | Sim | Não | Dificuldade em engolir?   | 26. | Sim | Não | Secura na boca?                  |
| 15. | Sim | Não | Diarréia, prisão de ventre, sangue nas fezes?                     | 27. | Sim | Não | Icterícia?                       |
| 16. | Sim | Não | Vômitos ou náusea freqüentes?                                     | 28. | Sim | Não | Dor ou rigidez nas articulações? |
| 17. | Sim | Não | Dificuldade em urinar, sangue na urina?                           |     |     |     |                                  |

## III. VOCÊ TEM ATUALMENTE, OU JÁ TEVE:

- |     |     |     |  |     |     |     |  |
|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|--|
| 29. | Sim | Não | Doença cardíaca?   | 40. | Sim | Não | AIDS?  |
| 30. | Sim | Não | Ataques cardíacos, defeitos no coração?                          | 41. | Sim | Não | Tumores, câncer?                               |
| 31. | Sim | Não | Sopro cardíaco?  | 42. | Sim | Não | Artrite, reumatismo?                           |
| 32. | Sim | Não | Febre reumática?   | 43. | Sim | Não | Doenças oculares?                              |
| 33. | Sim | Não | Derrame, ou enrijecimento das artérias?                          | 44. | Sim | Não | Doenças de pele?                               |
| 34. | Sim | Não | Pressão sanguínea alta?  | 45. | Sim | Não | Anemia?  |
| 35. | Sim | Não | Asma, tuberculose, enfisema ou outras doenças do pulmão?         | 46. | Sim | Não | Doenças venéreas (sífilis ou gonorréia)?       |
| 36. | Sim | Não | Hepatite ou outras doenças do fígado?                            | 47. | Sim | Não | Herpes?  |
| 37. | Sim | Não | Problemas estomacais, úlceras?                                   | 48. | Sim | Não | Doenças dos rins ou da bexiga?                 |
| 38. | Sim | Não | Alergia a: drogas, alimentos, medicamentos, latex?               | 49. | Sim | Não | Doença da tireóide ou da glândula supra-renal? |
| 39. | Sim | Não | História, em sua família, de diabetes, doença cardíaca, tumores? | 50. | Sim | Não | Diabetes?                                      |

## IV. VOCÊ TEM ATUALMENTE, OU JÁ TEVE:

- |     |     |     |                                     |     |     |     |                        |
|-----|-----|-----|-------------------------------------|-----|-----|-----|------------------------|
| 51. | Sim | Não | Atendimento psiquiátrico?           | 56. | Sim | Não | Hospitalização?        |
| 52. | Sim | Não | Tratamentos de radiação?            | 57. | Sim | Não | Transfusões de sangue? |
| 53. | Sim | Não | Quimioterapia?                      | 58. | Sim | Não | Cirurgias?             |
| 54. | Sim | Não | Prótese de válvula cardíaca?        | 59. | Sim | Não | Marcapasso?            |
| 55. | Sim | Não | Implante de articulação artificial? | 60. | Sim | Não | Lentes de contato?     |

## V. ATUALMENTE VOCÊ ESTÁ USANDO/TOMANDO:

- |     |     |     |  |     |     |     |                            |
|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|----------------------------|
| 61. | Sim | Não | Drogas recreativas?  | 63. | Sim | Não | Tabaco, em qualquer forma? |
| 62. | Sim | Não | Remédios, medicamentos, medicamentos comprados sem receita médica (inclusive aspirina), medicamentos naturais? | 64. | Sim | Não | Bebidas alcoólicas?        |

Forneça o nome dos mesmos: \_\_\_\_\_

## VI. SOMENTE PARA MULHERES:

- |     |     |     |   |     |     |     |                                    |
|-----|-----|-----|---|-----|-----|-----|------------------------------------|
| 65. | Sim | Não | Você está (ou pode estar) grávida ou amamentando? | 66. | Sim | Não | Você toma pílula anticoncepcional? |
|-----|-----|-----|---|-----|-----|-----|------------------------------------|

## VII. PARA TODOS OS PACIENTES:

67. Sim Não Você tem ou já teve alguma outra doença ou problema médico NÃO mencionado neste formulário?

Se a resposta foi sim, explique: \_\_\_\_\_

*Tanto quanto eu saiba, respondi cada uma das perguntas de maneira completa e verdadeira. Informarei o meu dentista se ocorrer alguma mudança em relação à minha saúde ou os medicamentos que tomo.*

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

## CORREÇÃO/CORREÇÕES EM CONSULTA SUBSEQÜENTE:

1. Assinatura do paciente \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

2. Assinatura do paciente \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

3. Assinatura do paciente \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_