

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: _____ |