

Paciente

Nome completo		Apelido	Data nasc	Sexo
Residência	Cidade	Zip	Tel casa/ cel	
Outros familiares que trataram no nossa clínica		Encaminhado por quem (dentista, amigo, jornal, etc...)		
Nome do Pai				
Residência	Cidade	Zip	Tel casa	
Empregador	Ocupação			
Nome da Mãe				
Residência	Cidade	Zip	Tel casa	
Empregador	Ocupação			

Informação de Seguro Dentário

Nome do segurado	Número	Data nasc
Seguradora	Estado	
Empregador	Número do grupo	
Membro com seguro secundário	Número de membro	Data nasc
Seguradora secundária	Estado	
Empregador	Número do grupo	
Eu aceito total responsabilidade pelo pagamento de todos os custos referidos ao meu tratamento pela Carvalho & Roth Orthodontics. Eu estou completamente ciente que, quando necessário, a minha história de crédito poderá ser obtida diretamente com as Agência de Crédito.		
Assinatura do(a) responsável		

História Dentária

Dentista	Cidade	Tel																																								
Queixa principal / Motivo da consulta	Data última limpeza dentária																																									
O paciente teve algum tratamento ortodôntico prévio	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se positivo, por quem?																																									
O paciente tem algum problema de gengiva e/ou perda óssea?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se positivo, explique:																																									
O paciente tem algum problema dentário INCOMUM?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se positivo, explique:																																									
O paciente tem alguma história de trauma nos dentes?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se positivo, explique:																																									
O paciente tem alguma tendência para engasgar com facilidade?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se positivo, explique:																																									
O paciente tem algum problema da fala?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se positivo, explique:																																									
O paciente tem ou teve algum dos problemas abaixo:																																										
<table border="0"> <tr> <td>Sim</td><td>Não</td><td>Sim</td><td>Não</td><td>Sim</td><td>Não</td><td>Sim</td><td>Não</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td colspan="2">Chupar dedo</td> <td colspan="2">Morder os lábios</td> <td colspan="2">Ranger os dentes</td> <td colspan="2">Outro</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Chupar polegar</td> <td colspan="2">Roer as unhas</td> <td colspan="2">Roucar</td> <td colspan="2">_____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Projeção da língua</td> <td colspan="2">Respirar pela boca</td> <td colspan="2">Fumar</td> <td colspan="2">_____</td> </tr> </table>	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chupar dedo		Morder os lábios		Ranger os dentes		Outro		Chupar polegar		Roer as unhas		Roucar		_____		Projeção da língua		Respirar pela boca		Fumar		_____			
Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Chupar dedo		Morder os lábios		Ranger os dentes		Outro																																				
Chupar polegar		Roer as unhas		Roucar		_____																																				
Projeção da língua		Respirar pela boca		Fumar		_____																																				
O paciente está preocupado(a) ou ansioso(a) em relação ao tratamento ortodôntico?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																																									
O paciente está preocupado(a) com a aparência dos seus dentes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																																									
Preocupação(ões) em relação ao seu tratamento ortodôntico: <input type="checkbox"/> Qualidade <input type="checkbox"/> Custo <input type="checkbox"/> Desconforto <input type="checkbox"/> Duração																																										

História Médica

Você alguma vez sofreu ou está sofrendo de algum(ns) do(s) problema(s) abaixo?			
<p>Sim Não</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dores nos maxilares</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Barulho n/ articulações</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dores n/ articulações</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pressão alta/baixa</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Febre reumatóide</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artrite</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tumores</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsões</p>	<p>Sim Não</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cancer</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desordem do sono</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatite</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculose</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HIV/ AIDS</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lábio leporino</p>	<p>Sim Não</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desordem do sanque</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desordem genética</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas no fígado</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desordem respiratória</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de tiróide</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas emocionais</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dores de cabeça</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desmaios/tonturas</p>	<p>Sim Não</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de coração</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sopro cardíaco</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Válvula artificial</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marca passo</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prolapso mitral</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Outro</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
O paciente está sendo tratado por algum problema médico?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Se positivo, explique:	
O paciente está tomando algum(ns) medicamento(s)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Nome do(s) medicamento(s):	
O paciente tem alergia a látex?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
O paciente tem alergia a algum metal (por exemplo, zinco) ou medicamento?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Nome(s)	
O paciente teve as amígdalas/ adenóides removidas?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
O paciente teve alguma doença séria ou foi hospitalizado(a)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
O paciente já teve alguma prescrição de antibióticos antes de realizar algum tratamento dentário?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Nome do antibiótico e método:	
O paciente já teve algum trauma facial ou acidente sério?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Se positivo, explique	
Ritmo de crescimento <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Rápido <input type="checkbox"/> Lento <input type="checkbox"/> Inexistente			
O paciente já atingiu a puberdade?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
O paciente tem tendência acima do normal para contrair resfriados, infecções nos ouvidos ou dores de garganta?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
O paciente tem(teve) alguma doença ou outro problema de saúde não mencionado?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Se positivo, explique:	
Favor usar o espaço abaixo para maiores informações úteis e para incluir qualquer pergunta pertinente em relação a esse formulário e/ ou tratamento ortodôntico.			

Eu, abaixo assinado, completei o questionário médico/ dentário e certifico que as informações fornecidas estão corretas e atualizadas. A NOSSA CLÍNICA NÃO SERÁ RESPONSÁVEL POR QUALQUER PROBLEMA DECORRENTE DE INFORMAÇÕES QUE NÃO FORAM FORNECIDAS ou FORAM FORNECIDAS INCORRETAMENTE. Eu dou o meu consentimento a Carvalho & Roth Orthodontics para prosseguir com todos os procedimentos e tratamentos necessários tendo em mente o meu melhor interesse.

Assinatura do pai/ mãe ou responsável

Data

Member
American Association of
Orthodontists

