

HISTORIA MEDICA

Data _____

Nome _____ Telefone de casa _____

Sua direccao _____ Telefone do Trabalho _____

Cidade _____ Estado _____ Codigo postal _____

Em que trabalha _____ Seguro Social _____

Data de nascimento _____ Sexo _____ Peso _____ Altura _____

Solteiro(a) _____ Casado(a) _____ Nome do esposo(a) _____

Nome de um familiar _____ E o seu telefone _____

Se esta a completar esta forma para outra pessoa qual e a sua relacao para
com essa pessoa? _____

Para as perguntas seguintes faz um circulo em volta de sim ou nao. As tuas respostas sao somente para o nosso conhecimento e serao consideradas confidenciais. Nota bem que durante a tua visita inicial te farao algumas perguntas acerca das tuas respostas a este questionario e tambem e possivel que te facam perguntas adicionais acerca da tua saude.

- | | | |
|---|------|-----|
| 1. Estas de boa saude?..... | .Sim | Nao |
| 2. Tens tido alguns problemas de saude ultimamente?..... | .Sim | Nao |
| 3. O teu exame fisico mais recente? _____ | | |
| 4. Estas a baixo de cuidado medico?..... | .Sim | Nao |
| Se sim porque? _____ | | |
| 5. Nome e numero de telefone do teu medico _____ | | |
| 6. Tens sofrido alguma doenca grave ou sido operado(a) ou hospitalizado(a) por qualquer motivo durante estes ultimos cinco anos?..... | .Sim | Nao |
| 7. Estas a tomar algum ou alguns medicamentos ou narcoticos mesmo aqueles sem prescricao medica?..... | .Sim | Nao |
| Se sim quais? _____ | | |
| 8. Tens ou tens tido algumas destas doencas seguintes? | | |
| a. Valvulas do coracao avariadas, valvulas pesticas, sopro cardiaco ou doenca reumatica cardiaca..... | .Sim | Nao |
| b. Doenca cardiovascular (problemas de coracao, ataque de coracao, angina de peito, insuficiencia coronaria, oclusao coronaria, pressao alta, arteriosclerose enfarte ou ataque de paralesia..... | .Sim | Nao |
| 1. Tens dor de peito quando fazes exercicio?..... | .Sim | Nao |
| 2. Tens dificuldade de respirar depois de fazer exercicio leves ou quando estas repousando?..... | .Sim | Nao |
| 3. Te incham os tornozelos?..... | .Sim | Nao |
| 4. Tens alguns defeltos hereditarios no coracao?..... | .Sim | Nao |
| 5. Tu usas um marcapassos cardiaco?..... | .Sim | Nao |
| c. Alergias..... | .Sim | Nao |
| d. Problemas de sinozite..... | .Sim | Nao |
| e. Tens asma ou alergias a plantas (heno)..... | .Sim | Nao |
| f. Desmaios ou algun tipo de ataques..... | .Sim | Nao |
| g. Diarreia continua ou perda de peso resente..... | .Sim | Nao |
| h. Diabetes..... | .Sim | Nao |
| i. Hepatite, ictericia (trisia) doenca do figado..... | .Sim | Nao |
| j. Sida(aids) ou a infeccao causada pelo virus (HIV)..... | .Sim | Nao |

k. Problemas da tiroide.....	.Sim	Nao
l. Problemas de respiracao, enfesema bronquite, etc.....	.Sim	Nao
m. Artrite ou dores ou inchasso das articulacoes.....	.Sim	Nao
n. Ulcera gastrica ou hiperacidez.....	.Sim	Nao
o. Problemas dos rins.....	.Sim	Nao
p. Tuberculose.....	.Sim	Nao
q. Tosse continua ou tosse que produz sangue.....	.Sim	Nao
r. Glandulas inchadas constantemente no pescoco.....	.Sim	Nao
s. Tensao baixa.....	.Sim	Nao
t. Tens doencas contagiosa que te foram transmitidas pelo acto sexual...	.Sim	Nao
u. Epelepsia ou outra doenca neurologicala.....	.Sim	Nao
v. Problemas mentais.....	.Sim	Nao
w. Cancro.....	.Sim	Nao
x. Problemas com o teu sistema defensivo.....	.Sim	Nao
9. O teu sangrar e normal?.....	.Sim	Nao
a. Ja algum dia levastes tranfusoes de sangue?.....	.Sim	Nao
10. Tens alguma desordem sanguinea como a anemia?.....	.Sim	Nao
11. Alguma vez fizeste um tratamento contra um tumor.....	.Sim	Nao
12. Es alergico ou tivestes alguma vez uma reacao contra:		
a. Anastesia local.....	.Sim	Nao
b. Penecilina ou outros antibioticos.....	.Sim	Nao
c. Drogas de sulfa.....	.Sim	Nao
d. Barbituricos, sedativos, calmantes ou comprimidos para dormir.....	.Sim	Nao
e. Aspirina.....	.Sim	Nao
f. Iodo.....	.Sim	Nao
g. Coudina ou outros narcaticos (drogas).....	.Sim	Nao
h. Outras coisas_____		
13. Tiveste algum problema serio assuslado com tratamento dental ultimamente? Explica_____		
14. Tem alguma doenca contagiosa, ou outro problema que nao e mencionado nesta lista que pensa que devemos saber? Explica_____	Sim	Nao
15. Usas lentes de contacto?.....	.Sim	Nao
16. Usas placas moveis?.....	.Sim	Nao
Mulheres _____		
17. Estas gravida?.....	.Sim	Nao
18. Tens alguns problemas com o teu periodo menstrual?.....	.Sim	Nao
19. Estas a dar peito ao teu bebe?.....	.Sim	Nao
20. Estas a tomar a pilula?.....	.Sim	Nao

Principais queixas dentais_____

Certifico que li e entendi tudo o que aqui esta escrito. Reconheco que todas as minhas perguntas, se foram algumas, acerca deste questionario anteriormente anunciado foram contestadas de minha satisfacao. Nao os considero responsaveis nem ao meu dentista nem aos seus funcionarios por qualquer erro ou negligencia da minha parte ao preencher este questionario.

A sua assinatura:_____