

ESTADO DE SAÚDE	NOME _____	ACCT# _____	
1. Você sente dores ou desconforto nesta ocasião? _____			SIM NÃO
2. Você sente-se nervoso/sa por ter de fazer tratamento dental? _____			SIM NÃO
3. Você já alguma vez teve uma experiência desagradável num consultório dental? _____			SIM NÃO
4. Durante estes últimos dois anos, você foi internado no hospital? _____			SIM NÃO
5. Durante estes últimos dois anos, você tem andado debaixo de tratamento médico? _____			SIM NÃO
6. Durante estes últimos dois anos, você tem tomado algum medicamento ou droga? _____			SIM NÃO
7. Você é alérgico/ca a (isto é: comichão, exantema, inchamento de mãos, pés ou olhos) ou adocece devido à penicilina, aspirina codeína, ou qualquer droga ou medicamento? _____			SIM NÃO
8. Você alguma vez se sangrou demasiadamente que requiz tratamento especial _____			SIM NÃO
9. Circule qualquer das seguintes doenças que você há tido ou tem presentemente:			
1-Falência do Coração	25-Emfisena		
2-Doença do Coração ou Ataque do Coração	26-Tosse		
3-Angina Peitoral	27-Tuberculose		
4-Tensão Alta	28-Asma		
5-Murmúrio	29-Alergia à Febre dos Senas		
6-Febre Reumática (articulação atacada pelo reumatismo)	30-Sinusite		
7-Lesão Congénita no Coração (doença no coração do nascimento)	31-Alergias ou Erupção da Pele		
8-Febre Escarlatina (febre infecciosa e muito contagiosa)	32-Diabetes		
9-Válvula Artificial no Coração	33-Doença Tiróide		
10-Prolapso da Válvula Mitral	34-Radioterapia ou Tratamento Cobalto		
11-Cirurgia do Coração ou Pacemaker	35-Quimioterapia		
12-Junta Artificial	36-Artrite (inflamação articular)		
13-Anemia	37-Reumatismo		
14-Ataque súbito do Coração	38-Medicamento Cortisona		
15-Sofrimento dos Rins	39-Glaucoma (Doença dos olhos)		
16-Úlceras	40-Dores nas Juntas do Queixo		
17-CIDE (AIDS)	41-Hepatite A-Contagioso (inflamação do fígado)		
18-Doença do Fígado	42-Hepatite B (Serum, Soro)		
19-Icterícia	43-Transfusão de Sangue		
20-Vício de Drogas	44-Hemofilia (Hemorragias difíceis de estancar)		
21-Doença Venérea (Sifilis-Gonorreia)	45-Bexigas de Frio		
22-Herpes Genetais	46-Epilepsia ou Vertigens		
23-Nervosismo (agitação nervosa)	47-Tratamento Psiquiátrico		
24-Sickle Cell Disease	48-Amolgadela Fácilmente		
10. Quando você sobe escadas ou dá uma caminhada, você alguma vez tem que parar porque lhe dói o peito, ou falta-lhe o folêgo, ou é porque você está muito cansado/da? _____			SIM NÃO
11. Os seus tornozelos incham durante o dia? _____			SIM NÃO
12. Você usa mais do que duas almofadas para dormir? _____			SIM NÃO
13. Este ano passado, você perdeu ou aumentou mais do que 10 lbs? _____			SIM NÃO
14. Você alguma vez acorda com falta de folego? _____			SIM NÃO
15. Você está numa dieta especial? _____			SIM NÃO
16. Já alguma vez o seu doutor lhe disse que tem cancro ou tumor? _____			SIM NÃO
17. Você tem alguma doença, condição, ou problema não mencionado? _____			SIM NÃO
18. Senhoras: Está grávida? _____			SIM NÃO
Toma pílulas para não ficar grávida? _____			SIM NÃO
Você espera de ficar grávida? _____			SIM NÃO

PELO MELHOR QUE EU SAIBA, TODAS ESTAS RESPOSTAS SÃO VERDADEIRAS E CORRECTAS. SE ALGUMA VEZ EU TIVER QUALQUER MUDANÇA NA MINHA SAÚDE, OU SE OS MEUS MEDICAMENTOS MUDAREM, EU INFORMAREI O DENTISTA NA PRÓXIMA CONSULTA SEM FALTA.

Data

Assinatura do Paciente

Staff/Dr. Signature