FICHA CLÍNICA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____

CEP: _____ Tel. Residencial: ( ) _____ Celular: ( )_____

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____

Procedência (Indicação/Convênio): _____

QUESTIONÁRIO SOBRE SUA SAÚDE

1. Como pode descrever seu estado geral de saúde? ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim
2. Está sendo tratado ou foi tratado, no último ano, por médico? ( ) Sim ( ) Não
   Por que? _____
3. Está no momento tomando alguma medicação? ( ) Sim ( ) Não
   Qual (is)? _____
4. Possui algum tipo de alergia (alimentos/produtos químicos/medicamentos)? ( ) Sim ( ) Não
   Qual (is)? _____
5. Fuma? ( ) Sim ( ) Não
6. Está grávida? ( ) Sim Quantos meses? _____ ( ) Não
7. Você já teve, ou tem, algum dos seguintes problemas? ( ) Doenças Cardíacas – Prolapso/Marcapasso ( ) Problemas Respiratórios ( ) Diabetes ( ) Febre Reumática ( ) Hipertensão Arterial ( ) Hepatite ( ) HIV
   ( ) Desmaios, Convulsões, Epilepsia ( ) Sangramento excessivo ( ) Alterações no Sistema Nervoso
   ( ) Problemas renais ( ) Problemas no fígado ( ) Dores de cabeça frequentes ( ) Edema nos tornozelos
   ( ) Outros _____

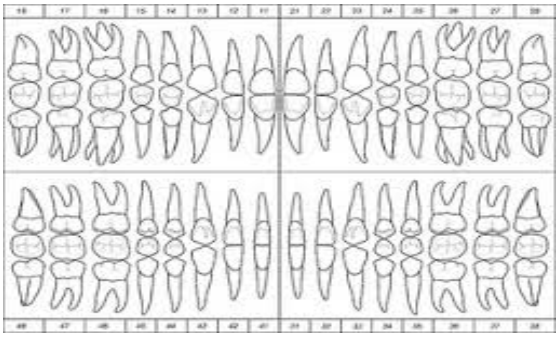
Declaro que li todas as questões acima de livre e espontânea vontade, sabendo que as informações são indispensáveis para minha saúde e segurança. Garanto a veracidade dessas informações, sem omissões. Comprometo-me ainda a informar ao profissional qualquer ocorrência relacionada à minha saúde.

Assinatura do paciente: _____

ODONTOGRAMA

Queixa Principal: _____

_____



Obs.:

_____
_____
_____
_____
_____

PLANO DE TRATAMENTO:

_____
_____
_____
_____
_____

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO

Por este termo de consentimento, após informações sobre as condutas terapêuticas acima explicadas, autorizo o cirurgião – dentista Verivaldo Francisco Sobrinho Júnior (CRO/PE 9457) a realizar os respectivos procedimentos. Estou ciente que as condutas terapêuticas podem ser modificadas durante o decorrer do tratamento; dependendo da resposta ao mesmo; caso isso ocorra, as mesmas serão explicadas quando reavaliadas. Declaro que não tenho dúvidas a respeito das informações que me foram prestadas quanto aos procedimentos. Estou ciente, também que toda documentação Odontolegal produzida no tratamento pertence ao prontuário da Clínica.

Assinatura do paciente: _____

TRATAMENTO REALIZAD0		
DATA	PROCEDIMENTO	ASSINATURA