

Nome Completo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Data de Nasc.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Peso \_\_\_\_ kg Altura \_\_\_\_ m Pressão Max \_\_\_\_ mín \_\_\_\_

**Instruções para preenchimento:**

Faça um círculo ao redor da palavra SIM ou NÃO e escreva nas linhas pontilhadas detalhes complementares. Preencha com o máximo de informações possíveis. As respostas para estas perguntas serão estritamente confidenciais.

01. Qual o motivo pelo qual está nos procurando? .....

**Histórico Odontológico**

- 02. Tem algum dente sensível?..... SIM NÃO
- 03. Teve alguma dor de dente recentemente? ..... SIM NÃO
- 04. Tem gengivas que sangram com facilidade? ..... SIM NÃO
- 05. Tem algum problema em relação ao hálito? ..... SIM NÃO
- 06. Está insatisfeito (a) com a cor de seus dentes? ..... SIM NÃO
- 07. Está insatisfeito (a) com a aparência de seus dentes? ..... SIM NÃO
- 08. Está insatisfeito (a) com a aparência do seu rosto? ..... SIM NÃO
- 09. Tem dificuldade em mastigar sua comida? ..... SIM NÃO
- 10. Já teve alguma lesão severa na boca? ..... SIM NÃO
- 11. É difícil para você abrir a boca o quanto gostaria que abrisse? ..... SIM NÃO
- 12. Você aperta ou range os dentes enquanto dorme? ..... SIM NÃO
- 13. Você mastiga mais de um lado ..... SIM NÃO
- 14. Costuma acordar a noite com falta de ar ou ronca durante o sono?..... SIM NÃO
- 15. Sua articulação estala ou dói quando você mastiga?..... SIM NÃO
- 16. Sente dor na região próximo ao ouvido? ..... SIM NÃO
- 17. Sente dores no ouvido, face, nuca e pescoço? ..... SIM NÃO
- 18. Ao acordar sente os músculos da face doloridos? ..... SIM NÃO
- 19. Sente dor ou fadiga nos músculos mastigadores? ..... SIM NÃO
- 20. Já teve alguma reação com anestesia odontológica e geral? ..... SIM NÃO
- 21. Tem aftas com frequência?..... SIM NÃO
- 22. Precisa de instruções de higiene bucal? ..... SIM NÃO
- 23. Quantas vezes por dia escova os dentes? .....
- 24. Sua última visita ao dentista foi a menos de 1 ano? ..... SIM NÃO
- 25. O que foi feito nesta ocasião? .....
- 26. Acredita que seus dentes estão afetando sua saúde de algum modo? ..... SIM NÃO
- 27. Sua saúde sofreu alguma mudança no último ano?..... SIM NÃO
- 28. Perdeu peso sem fazer dieta nos últimos meses? ..... SIM NÃO
- 29. Descreva algo mais que julgue importante .....

**Histórico Médico**

- 30. Está em tratamento com algum médico? ..... SIM NÃO
- 31. Está tomando algum medicamento no momento? ..... SIM NÃO
- 32. Já esteve seriamente doente? ..... SIM NÃO
- 33. Já esteve hospitalizado (a)? ..... SIM NÃO
- 34. Já passou por alguma operação? ..... SIM NÃO

Anote os detalhes .....

35. Já teve alguma das seguintes doenças? (sublinhe)..... SIM NÃO

- |                 |                      |                             |
|-----------------|----------------------|-----------------------------|
| Febre reumática | Hipertensão Arterial | Lúpus Eritematoso Sistêmico |
| Reumatismo      | Tuberculose          | Problemas de Tireóide       |
| Herpes          | Doenças Venéreas     | Hemofilia                   |
| Hepatite        | Doenças Cardíacas    | AIDS                        |
| Diabetes        | Isquemia Cerebral    | Osteoporose                 |
|                 |                      | Icterícia                   |

36. Já teve reações indesejáveis a algum dos seguintes medicamentos (sublinhe)..... SIM NÃO  
 Penicilina ou outro antibiótico                      Sulfas    Barbitúricos (Gardenal)  
 Aspirina    Corticóide (Decadron)    Ansiolítico (Lorax, Lexotan, Diazepan)  
 Derivados de dipirona (Novalgina)                      Anti-inflamatórios (Voltaren, Cataflan)
37. Tem alergia a algum metal ou bijouteria?..... SIM NÃO
38. Sangra por muito tempo quando faz um corte? ..... SIM NÃO
39. Já sofreu algum traumatismo na coluna, face ou maxilares?..... SIM NÃO
40. Já fez alguma cirurgia ou tratamento de radioterapia ou quimioterapia para eliminar algum tumor ou outra condição? ..... SIM NÃO
41. Tem dores de cabeça com frequência?..... SIM NÃO
42. Sente dores ou zumbido no ouvido? ..... SIM NÃO
43. Tem asma ou bronquite alérgica? ..... SIM NÃO
44. Tem gripes ou resfriados frequentemente?..... SIM NÃO
45. Tem sinusite? ..... SIM NÃO
46. Costuma ter hemorragia nasal? ..... SIM NÃO
47. Tem dor de garganta com frequência?..... SIM NÃO
48. Costuma respirar pela boca? ..... SIM NÃO
49. Sente alguma dor no peito quando faz exercícios físicos?..... SIM NÃO
50. Precisa descansar após subir alguns degraus de escada? ..... SIM NÃO
51. Tem alguma dificuldade em engolir? ..... SIM NÃO
52. Vomita com frequência?..... SIM NÃO
53. Costuma tomar medicamento para facilitar a digestão? ..... SIM NÃO
54. Já teve articulações inchadas e doloridas? ..... SIM NÃO
55. Sente formigamento ou alguma área dormente? ..... SIM NÃO
56. Tem convulsões? ..... SIM NÃO
57. Tem tendência a desmaiar? ..... SIM NÃO
58. Quando sofre uma contusão, você fica roxo facilmente?..... SIM NÃO
59. Tem alguma doença sanguínea como, por exemplo, anemia? ..... SIM NÃO
60. O tempo quente o incomoda mais que a outras pessoas?..... SIM NÃO
61. Cansa-se com facilidade?..... SIM NÃO
62. É sedentário? ..... SIM NÃO
63. Você é portador de marca-passos? ..... SIM NÃO
64. Para as mulheres: você está grávida? ..... SIM NÃO
65. Já fez terapia ou tratamento psiquiátrico? ..... SIM NÃO
66. Costuma tomar calmantes? ..... SIM NÃO
67. Você fuma?..... SIM NÃO
68. Toma habitualmente bebidas alcoólicas ..... SIM NÃO
69. Considera-se uma pessoa ansiosa ou nervosa? ..... SIM NÃO
70. Tem sentido desânimo, tristeza ou depressão? (sublinhe) ..... SIM NÃO
71. Costuma acordar + de 1 vez por noite? ..... SIM NÃO
72. Tem ou faz tratamento para osteoporose? ..... SIM NÃO
73. Faz reposição hormonal? ..... SIM NÃO
74. Tem algum problema endócrino? ..... SIM NÃO
75. Descreva medicamentos, doenças, cirurgias, etc. \_\_\_\_\_

Relate outras informações que julgue importante: \_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Assinatura do Paciente ou Responsável Legal:** \_\_\_\_\_