



SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO
ODONTOLÓGICA

Ficha Clínica

Nome do Paciente: _____ Idade: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Sexo: ____ Natural: _____ Atividade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Tel.: _____

Nome do Pai: _____ Atividade: _____ Tel.: _____

Nome da Mãe: _____ Atividade: _____ Tel.: _____

Indicação: _____ Telefone: _____

Dentista: _____ Telefone: _____

Anamnese

Queixa Principal: _____

Tratamento Ortodôntico Anterior: _____

Grau de Motivação: _____

Histórica Médica

paciente já apresentou:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Doenças Cardíacas |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Distúrbios Auditivos |
| <input type="checkbox"/> Alergia | <input type="checkbox"/> Distúrbios Respiratórios |
| <input type="checkbox"/> Doenças Sangüíneas | <input type="checkbox"/> Traumatismo da Face ou Cabeça |
| <input type="checkbox"/> Doença Óssea | <input type="checkbox"/> Herpes |
| <input type="checkbox"/> Diabete | <input type="checkbox"/> Hepatite |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Febre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Problemas Endócrinos | <input type="checkbox"/> Fraturas Ósseas |
| <input type="checkbox"/> Problemas Emocionais | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Doenças de Infância | <input type="checkbox"/> _____ |

Ingere drogas ou medicamentos: _____ Anticoncepcional: _____

Anomalias de nascença: _____

Cirurgia anterior: _____

Saúde atual: _____