FICHA - PRONTUÁRIO

DATA DE PREENCHIMENTO:_____/_____/_____PRESSÃO SANGUÍNEA:_____/_____mmhG TIPO SANGUÍNEO:_____ PESO:_____kg

NOME:_____Nº CARTÃO DE SAÚDE:_____PSF:_____NASCIMENTO:_____/_____/_____

IDADE:_____anos e_____meses. GÊNERO: M ( ) F ( ) PRESSÃO: ( ) normal ( ) alta ( ) baixa ESTADO CIVIL:_____

ENDEREÇO:_____CIDADE:_____ESTADO:_____

NOME DA MÃE:_____NOME DO PAI:_____

PROFISSÃO:_____LOCAL DE TRABALHO/ESCOLA:_____PERÍODO DE TRABALHO/ESTUDO:_____

*** HISTÓRIA MÉDICA:**

FAZ ALGUM TRATAMENTO MÉDICO?_____DOENÇAS:_____

MEDICAMENTOS:_____ALERGIA A MEDICAMENTOS/ANESTÉSICOS:_____

*** HÁBITOS:**

RESPIRADOR BUCAL: ( ) SIM ( ) NÃO RONCO À NOITE: ( ) SIM ( ) NÃO ROE UNHAS: ( ) SIM ( ) NÃO BRUXISMO: ( ) SIM ( ) NÃO

SUCÇÃO DE CHUPETA: ( ) SIM ( ) NÃO SUCÇÃO DE DEDO: ( ) SIM ( ) NÃO OUTRO(S) HÁBITO(S):_____

*** OCLUSÃO:**

OCLUSÃO: ( ) DECÍDUA ( ) PERMANENTE ( ) MISTA ( ) CLASSE I ( ) CLASSE II ( ) CLASSE III

MORDIDA: ( ) BILATERAL ( ) CRUZADA ANTERIOR ( ) CRUZADA POSTERIOR ( ) ABERTA

Declaro que as informações acima são verdadeiras. Informarei imediatamente qualquer alteração no meu estado de saúde ocorrido durante o tratamento à Cirurgiã-Dentista da ESF-1.

Alpestre,_____de_____de 20_____.

_____

Assinatura do Paciente / Responsável

DATA	DENTE	FACE	PROCEDIMENTO / INFORMAÇÕES DADAS	MEDICAMENTOS	ASS. PACIENTE RESPONSÁVEL	ASS. DENTISTA

DATA	DENTE	FACE	PROCEDIMENTO / INFORMAÇÕES DADAS	MEDICAMENTOS	ASS. PACIENTE RESPONSÁVEL	ASS. DENTISTA