

(210x297mm - 63g/m²) (margem superior 1,5cm)



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA

ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria Municipal da Saúde

Relatório do Paciente - Odontológico



NOME DO PACIENTE: _____

RESPONSÁVEL (se o paciente for menor): _____

IDADE: _____

NUM. INSCRIÇÃO: _____

DATA: ____/____/____

1- Por que procurou o dentista?

2- Como está sua saúde?

3- Está sob cuidados médicos? () sim () não

Se sim qual o nome do médico? _____

4- Tem ou teve algum tipo de doença nos últimos tempos? () sim () não

Coloque qual _____

5- Já teve internado alguma vez? Sofreu algum tipo de cirurgia? () sim () não

Se sim qual o motivo? _____

6- É diabético? () sim () não

7- Sua pressão sanguínea é alta? () sim () não

8- Tem problemas renais? () sim () não

9- Tem alguma doença cardíaca? () sim () não

10- Tem algum tipo de alergia? () sim () não

11- Está tomando algum tipo de medicamento? () sim () não

Se sim qual o nome? _____

12- Gostaria de relatar algum problema?

Assinatura