

Estamos felizes em recebê-lo(a) como nosso(a) paciente.

Nome: _____ Data: ____ / ____ / ____

Como gosta de ser chamado(a)? _____ Data nascimento: ____ / ____ / ____ Sexo: () F () M

Idade: ____ anos e ____ meses CPF: _____ RG: _____

Estado Civil: _____ Profissão: _____

Endereço: _____ nº _____ Ap. _____

Cidade: _____ Bairro: _____ Cep: _____

Telefone residencial: _____ Telefone comercial: _____ Celular: _____

Emails: _____

Instagram: _____ Facebook: _____

Onde trabalha: _____ Ocupação: _____ Telefone _____

Horário disponível: _____ Tem filhos? _____ Idade: _____

Recomendado por: _____ Telefone: _____

Quando fez o último tratamento dentário? _____

Dentista: _____ Telefone: _____

Já usou aparelho ortodôntico () não () sim Quando? _____

Saúde atual: () boa () regular () deficiente

Está em tratamento médico? () não () sim Porque? _____

Usa algum medicamento? () não () sim

Quais e para que? _____

Apresenta: () hipotireoidismo () artrite ou artrose () problemas articulares

Apresenta: () prob. hormonais () diabetes () outros: _____

Respiração: () nasal () mista () bucal

Os lábios ficam geralmente: () fechados () entre-abertos () abertos

Problemas alérgicos: () não () rinite () bronquite

() latex () níquel / bijuteria

Problemas respiratórios: () não () desvio de septo () adenóide _____

Hábitos bucais: () não () roe unha () sucção de dedo

Dicção: () normal () sibilante () anasalada

Ronca : () sim () não () _____

Dor de cabeça freqüente: () não () às vezes () sim

Ruído ou dor na ATM: () não () sim Há quanto tempo? _____

Dorme bem? () sim () às vezes () não () Apnéia _____

Acorda cansado(a)? () não () sim

Grau de ansiedade: () baixo () médio () alto

Está ou esteve: () estressado(a)? () deprimido(a)?

O que o (a) preocupa em relação aos seus dentes? _____

São Paulo ____ / ____ / ____ Assinatura do Paciente ou Responsável Legal: _____