



NOME: _____ Nº MATRÍCULA _____

MÃE: _____ RG: _____

PAI: DATA DE NASC: / /

END. N° BAIRRO:

[illegible][illegible]

ANAMNESE

Nome: _____

Profissão: _____ Fone: (____) _____

1) Queixa Principal: _____

2) História Buco-Dental: _____

3) Exame Extra – Oral: _____

4) Exame Intra – Oral: _____

5) Achados Radiográficos: _____

6) Hábitos e Costumes: _____

7) Tem algum problema de saúde?

() Sim () Não

8) É alérgico a alguma coisa?

() Sim () Não

Qual? _____

9) É diabético?

() Sim () Não

10) Tem problema de Coração?

() Sim () Não

11) Toma algum medicamento?

() Sim () Não

Qual? _____

12) Já tomou anestesia do dentista?

() Sim () Não

13) Tem problema de Hemorragia?

() Sim () Não

14) Tem problema de Pressão?

() Sim () Não

P.A.: _____

Assinatura do Pai ou Responsável _____