

PATIENT HEALTH HISTORY
HISTORICO DE SAUDE DO PACIENTE

Name: _____

Date: _____

How were you referred to our office? _____ May we thank this person? _____

Como voce ficou sabendo sobre nosso escritorio? _____ Podemos agradecer essa pessoa? _____

In the following questions, circle or check YES or NO whichever applies. Your answers are for our records and will be considered confidential.

Nas questoes abaixo, circule ou marque SIM ou NAO. Suas respostas sao para o nosso arquivo e sao consideradas confidenciais.

1. Are you in good health?----- YES NO

1. Voce esta em boa saude? _____ Sim Nao

2. Are you now under the care of a physician?----- YES NO

2. Voce esta atualmente sobre os cuidados de um medico? _____ Sim Nao

3. The name of my physician _____ Phone _____

Address _____

3. O nome do meu medico e _____ Telefone _____

Endereco: _____

4A. Have you had any joints replaced?-----YES NO

A. Voce ja teve alguma substituicao de articulacao? ----- SIM NO

If so, what _____ When? _____ 4B. Do you need to pre-medicate prior to dental procedures YES NO

Se sim, qual _____ Quando? _____ 4B Voce precisa ser pre-medicado antes de ser atendido? SIM NO

5. Do you have or have you had any of the following diseases or problems? :

	YES	NO		YES	NO
Heart Attack / Stroke <i>Ataque do coracao / Derrame</i>			Psychiatric Problems <u>Problemas psiquiatricos</u>		
Cancer / Chemotherapy <i>Cancer / Quimioterapia</i>			Epilepsy / Seizures / Fainting spell <u>Epilepsia</u>		
Heart Murmur <i>Sopro no coracao</i>			Diabetes / Tuberculosis (TB) <u>Diabetes / Tuberculose</u>		
Previous Endocarditis <i>Previa Endocardite</i>			Drug / Alcohol Abuse <u>Abuso de alcool ou drogas</u>		
Rheumatic Fever <i>Febre reumatica</i>			Venereal Disease <u>Doencas venereas</u>		
<i>HIV + / AIDS</i>			Hemophilia / Abnormal Bleeding <u>Hemofilia / Sangramento anormal</u>		
Heart Surgery / Pacemaker <i>Cirurgia do coracao / Marcapasso</i>			Ulcers / Colitis <u>Ulceras / Colite</u>		
Shingles <u>Chagas</u>			Congenital Heart Defect <u>Defeitos do coracao congenitos</u>		
Mitral Valve Prolapse <i>Prolapso de valvula mitral</i>			Anemia / Radiation Treatment <u>Anemia / Tratamento de radiacao</u>		
Kidney Problems <i>Problema no rim</i>			Asthma / Arthritis <u>Asma / Artrite</u>		
Artificial Bones / Joints <u>Osso artificial ou implante</u>			Difficulty Breathing <u>Dificuldade para respirar</u>		
Artificial Valves <i>Valvula artificial do coracao</i>			Hospitalized for Any Reason <u>Foi hospitalizado(a) por alguma razao</u>		
Sinus Problems <i>Problema de sinusite</i>			Hepatitis Hepatite		
High Blood Pressure <i>Pressao alta</i>			Blood Transfusion <u>Recebeu transfusao de sangue</u>		
Low Blood Pressure <i>Pressao baixa</i>			Emphysema / Glaucoma <u>Efisema / Glaucoma</u>		
Severe / Frequent Headaches <i>Dores de cabeça frequentes ou severas</i>			Other:		

6. Are you taking any of the following? :

6. Voce esta tomando algum dos medicamentos seguintes? :

	YES	NO		YES	NO
Antibiotics or sulfa drugs <u>Antibioticos ou sulfa</u>			Aspirin <u>Aspirina</u>		
Anticoagulants (blood thinners) Name: <i>Anticoagulantes (para afinar o sangue) Nome:</i>			Insulin, Tolbutamide (Orinase) <u>Insulina</u>		
Medicine for high blood pressure Medicamento para pressao alta			Digitalis or drugs for heart trouble <i>Digitalicos ou medicamentos para o coracao</i>		
Cortisone (steroids) <i>Cortisona (esteroide)</i>			Nitroglycerin <u>Nitroglicerina</u>		
<i>Tranquilizers</i> <u>Tranquilizantes</u>			Oral Contraceptive (hormonal therapy) <i>Anticoncepcional (Terapia para hormonios)</i>		
Antihistamines <u>Anti-histaminicos</u>			Other (list) <i>Outros (liste)</i>		

7. Are you allergic or have you reacted adversely to? :

7. Voce e alergico ou tem alguma reacao adversa a :

	YES	NO		YES	NO
<i>Penicillin</i> <u>Penicilina</u>			<i>Dental Anesthetics</i> <u>Anestesia dentaria</u>		
<i>Aspirin</i> <u>Aspirina</u>			<i>Codeine</i> <u>Codeina</u>		
<i>Erythromycin</i> <u>Eritromicina</u>			<i>Latex</i>		
<i>Tetracycline</i> <u>Tetraciclina</u>			Other (list) <i>Outros (liste)</i>		

8. Do you have any disease, condition or problem not listed above that you think I should

8. Voce tem alguma doenca, condicao ou problema de saude que nao esta listado e voce considera importante que nos saibamos? Se sim, por favor explique _____ **YES NO**

Women

Mulheres:

9. Are you pregnant?-----

YES NO

9. Voce esta gravida?-----

SIM NAO

10. Are you nursing?-----

YES NO

10. Voce esta amamentando?-----

SIM NAO

OFFICE POLICIES

Regulamento do escritorio

WELCOME to our office. We are happy to have you as a patient. In an attempt to maintain our fees at a reasonable level, we ask you to help us by observing the following:

BEM VINDO ao nosso escritorio. Nos estamos felizes de ter voce como um paciente. Numa tentativa de manter nossas taxas num nivel consideravel, nos pedimos que voce nos ajude observando os seguintes:

