

HELDER FELIPE RIBEIRO DA SILVA

Dr(a). DRA. CLAUDIA ASSUNPÇÃO

Data : 20/08/2024

Data Nasc.: 02/03/2001 Idade: 23a.5m.

Sexo: Masculino

Tel. Casa:

Celular: (44) 99980-3027

E-mail:

Tel. Com.:

Endereço: R PROGETADA 05, 2000 D

Bairro: MONTE CARMELO

Cidade: UF :

CEP: -

Pai:

Fone:

Profissão do Pai:

Mãe:

Fone:

Profissão da Mãe:

Obs.: _____

INFORMAÇÕES ORTODÔNTICAS

TRATAMENTO ORTODÔNTICO ANTERIOR: _____

RAZÕES PARA O TRATAMENTO ORTODÔNTICO: _____

GRAU DE MOTIVAÇÃO: _____

HISTÓRIA MÉDICA

O Paciente já apresentou:

- ☐ ASMA
☐ ANEMIA
☐ ALERGIA
☐ DOENÇAS SANGUÍNEAS
☐ DOENÇA ÓSSEA
☐ DIABETES
☐ EPILEPSIA
☐ PROBLEMAS ENDÓCRINOS
☐ PROBLEMAS EMOCIONAIS
☐ DOENÇAS DA INFÂNCIA

- ☐ DOENÇAS CARDÍACAS
☐ DISTÚRBIOS AUDITIVOS
☐ DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS
☐ TRAUMATISMO DA FACE OU CABEÇA
☐ HERPES
☐ HEPATITE
☐ FEBRE REUMÁTICA
☐ FRATURAS ÓSSEAS
☐ _____
☐ _____

INGERE DROGAS OU MEDICAMENTOS: _____ ANTICONCEPCIONAL: _____

ANOMALIAS CONGÊNITAS: _____

ESTÁGIO DE DESENVOLVIMENTO ÓSSEO: _____ TIPO FÍSICO: _____ ALTURA: _____ PESO: _____

CIRURGIA ANTERIOR: _____

SAÚDE ATUAL: _____