



Fale-nos da criança. Tell us about your child.

## DADOS DO PACIENTE | PATIENT DATA

<b>Nome completo:</b> FULL NAME			
<b>Género:</b> GENDER	<b>Profissão:</b> PROFESSION	<b>Mãe</b> MOTHER	<b>Pai</b> FATHER
<b>Nº Utente (SNS):</b> NATIONAL HEALTH NUMBER	<b>Nº Contribuinte:</b> VAT NUMBER		
<b>Data de nascimento:</b> BIRTH DATE	<b>Nacionalidade :</b> NATIONALITY		
<b>Morada:</b> ADDRESS			
<b>Localidade:</b> CITY	<b>Código-Postal:</b> ZIP CODE		
<b>E-mail</b> E-MAIL	<b>Telefone:</b> PHONE NUMBER		
<b>Seguro de Saúde</b> HEALTH INSURANCE	<b>Nº beneficiário:</b> INSURANCE NUMBER		
<b>Com quem vive ?</b> WITH WHO DOES THE CHILD LIVE?	<input type="checkbox"/> Mãe MOTHER	<input type="checkbox"/> Pai FATHER	<input type="checkbox"/> Ambos em conjunto BOTH TOGETHER
			<input type="checkbox"/> Ambos em guarda partilhada BOTH IN SHARED CUSTODY

Fale-nos da saúde geral da criança. Tell us about general health of your child.

## HISTORIAL MÉDICO | MEDICAL HISTORY

<b>Tem algum problema de saúde?</b> DO YOU HAVE ANY HEALTH CONDITION?				<b>Quais?</b> WHICH ONES?
<b>Toma alguma medicação?</b> ARE YOU TAKING ANY MEDICATION?				<b>Quais?</b> WHICH ONES?
<b>Assinale se tem/teve alguma das seguintes patologias:</b> PLEASE INDICATE WHETHER YOU HAVE/HAD ANY OF THE FOLLOWING PATHOLOGIES:	<input type="checkbox"/> <b>Asma</b> ASTHMA	<input type="checkbox"/> <b>Diabetes</b> DIABETES	<input type="checkbox"/> <b>Hipertensão</b> HIGH BLOOD PRESSURE	<input type="checkbox"/> <b>Alterações da Coagulação</b> COAGULATION PROBLEMS
	<input type="checkbox"/> <b>Doença Renal</b> KIDNEY DISEASE	<input type="checkbox"/> <b>Doença cardíaca</b> HEART DISEASE	<input type="checkbox"/> <b>Problemas de Estômago</b> STOMACH PROBLEMS	<input type="checkbox"/> <b>Doença Psiquiátrica</b> PSYCHIATRIC ILLNESS
			<input type="checkbox"/> <b>Doença Infetoc contagiosa</b> INFECTIOUS DISEASE	<input type="checkbox"/> <b>Cancro</b> CANCER
<b>Tem alterações genéticas?</b> HAVE YOU EVER BEEN SUBMITTED TO ANY SURGERY?	<input type="checkbox"/> <b>Sim</b> YES	<input type="checkbox"/> <b>Não</b> NO		
<b>Tem alergias a medicamentos, alimentares ou outras?</b> DO YOU HAVE DRUG, FOOD OR OTHER ALLERGIES?	<input type="checkbox"/> <b>Sim</b> YES	<input type="checkbox"/> <b>Não</b> NO	<b>Quais?</b> WHICH ONES?	
<b>Tem alergias sazonais?</b> SEASONAL ALLERGOIES ?	<input type="checkbox"/> <b>Sim</b> YES	<input type="checkbox"/> <b>Não</b> NO		
<b>Teve algum traumatismo da face ou cabeça?</b> SEASONAL ALLERGIES ?	<input type="checkbox"/> <b>Sim</b> YES	<input type="checkbox"/> <b>Não</b> NO	<b>Quando?</b> WHEN?	



Fale-nos da saúde oral da criança. Tell us about your child's oral health.

## SAÚDE ORAL | ORAL HEALTH

<b>É a primeira vez no dentista?</b> IS IT THE FIRST TIME AT THE DENTIST?	<input type="checkbox"/> <b>Sim</b> YES	<input type="checkbox"/> <b>Não</b> NO	<b>Quando foi ao dentista pela última vez?</b> WHEN WAS THE LAST TIME AT THE DENTIST?
<b>Quantas vezes por dia escova os dentes?</b> HOW MANY TIMES A DAY DO YOU BRUSH?	vezes / times		<b>Que tipo de escova de dentes usa?</b> WHAT KIND OF TOOTHBRUSH DO YOU USE?
<b>Qual o motivo da consulta?</b> WHAT IS THE REASON FOR THE CONSULTATION?	<input type="checkbox"/> <b>Manual</b> MANUAL		
	<input type="checkbox"/> <b>Elétrica</b> ELECTRIC		
<b>Realizou algum destes tratamentos dentários?</b> HAS THE CHILD HAD ANY DENTAL TREATMENTS?	<input type="checkbox"/> <b>Extração</b> EXTRACTION	<input type="checkbox"/> <b>Restauração</b> FILLING	<input type="checkbox"/> <b>Higiene Oral</b> DENTAL HYGIENE
			<input type="checkbox"/> <b>Selantes</b> SEALANTS
			<input type="checkbox"/> <b>Outro</b> OTHER
<b>Algo a acrescentar ao seu estado de saúde oral?</b> ANYTHING TO ADD TO YOUR ORAL HEALTH STATUS?			

Fale-nos de como a criança nasceu. Tell us about how the child was born.

**PARTO | CHILDBIRTH**

<b>Qual foi o tipo de parto?</b> WHAT WAS THE TYPE OF CHILDBIRTH?	<input type="checkbox"/> Eutócico (vaginal "normal") EUTOCIC ("NORMAL" VAGINAL)	<input type="checkbox"/> Distócico (Ventosas, Fórceps) DYSTOCIC (SUCTION CUP, FORCEPS)	<input type="checkbox"/> Distócico (Cesariana) DYSTOCIC (CESAREAN SECTION)
<b>Com quantas semanas de gestação nasceu?</b> HOW MANY WEEKS OF PREGNANCY?	semanas , weeks		



Fale-nos de como a criança respira. Tell us about how the child breaths.

**AValiação Respiratória | RESPIRATORY ASSESSMENT**

<b>Tem problemas respiratórios diagnosticados?</b> ANY DIAGNOSED RESPIRATORY PROBLEMS?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO		
<b>Respira habitualmente pela boca?</b> DOES THE CHILD BREATHE THROUGH THE MOUTH?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO		
<b>Ressona durante a noite?</b> DOES THE CHILD SNORE AT NIGHT?	<input type="checkbox"/> Sempre ALWAYS	<input type="checkbox"/> Às vezes SOMETIMES	<input type="checkbox"/> Raramente RARELY	<input type="checkbox"/> Nunca NEVER
<b>Sente o nariz obstruído ou "tapado"?</b> DOES THE CHILD FEEL THE NOSE BLOCKED?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO		
<b>Tem interrupções da respiração durante o sono?</b> ANY BREATHING INTERRUPTIONS DURING SLEEP?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO		
<b>Acorda com baba seca na cara ou almofada?</b> WAKES UP WITH DRY DROOL ON THE FACE OR PILLOW?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO		
<b>Teve ou costuma ter otites com frequência?</b> HAD OR USUALLY HAS EAR INFECTIONS FREQUENTLY?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO		
<b>Teve ou costuma ter amigdalites com frequência?</b> HAD OR USUALLY HAS TONSILLITIS FREQUENTLY?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO		
<b>Teve ou costuma ter bronquiolites com frequência?</b> HAD OR USUALLY HAS BRONCHIOLITIS FREQUENTLY?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO		
<b>Já foi submetido(a) a alguma cirurgia?</b> HAS THE CHILD EVER BEEN SUBMITTED TO SURGERY?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO		

Fale-nos de como a criança mastiga. Tell us about how the child chews.

**AValiação Mastigatória | RESPIRATORY ASSESSMENT**

<b>Tem dificuldade a mastigar?</b> ANY DIFFICULTY CHEWING?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	<b>É muito lento a comer?</b> DOES THE CHILD EAT VERY SLOWLY?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO
<b>Prefere alimentos moles?</b> DOES THE CHILD PREFER SOFT FOODS?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	<b>Consegue comer alimentos duros e fibrosos?</b> CAN THE CHILD EAT HARD AND FIBROUS FOODS?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO



Fale-nos dos hábitos orais da criança. Tell us about the child's oral habits.

**HÁBITOS ORAIS | ORAL HABITS**

<b>A criança foi amamentada com leite materno?</b> SEASONAL ALLERGIES ?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	<b>Até que idade?</b> UNTIL WHAT AGE?	
<b>Usou biberão?</b> DID THE CHILD USE A BABYBOTTLE?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	<b>Até que idade?</b> UNTIL WHAT AGE?	
<b>Usou chucha / chupeta?</b> DID THE CHILD USE A PACIFIER?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	<b>Até que idade?</b> UNTIL WHAT AGE?	
<b>Chuchou no dedo?</b> DID HE(SHE) SUCK HIS(HER) FINGER?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	<b>Até que idade?</b> UNTIL WHAT AGE?	
<b>Costuma ranger os dentes?</b> DOES THE CHILD USUALLY GRINDS THE TEETH?	<input type="checkbox"/> Sempre ALWAYS	<input type="checkbox"/> Às vezes SOMETIMES	<input type="checkbox"/> Raramente RARELY	<input type="checkbox"/> Nunca NEVER

Declaro para fins de direito que as informações acima prestadas são verdadeiras.

I declare for legal purposes that the information provided above is true.