

**Fale-nos de si.** Tell us about yourself.  
**DADOS DO PACIENTE | PATIENT DATA**

<b>Nome completo:</b> FULL NAME		<b>Profissão:</b> PROFESSION	
<b>Género:</b> GENDER		<b>Nº Utente (SNS):</b> NATIONAL HEALTH NUMBER	
<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	

**Fale-nos da sua saúde geral.** Tell us about your general health.  
**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>Qual?</b> WHICH ONE?	
<b>Alguma vez já tomou medicação para osteoporose?</b> HAVE YOU EVER TAKEN MEDICATION FOR OSTEOPOROSIS?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	
<b>Está a fazer algum tratamento médico?</b> ARE YOU UNDERGOING ANY MEDICAL TREATMENT?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	
<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>Doença Renal</b> KIDNEY DISEASE <input type="checkbox"/> <b>Doença cardíaca</b> HEART DISEASE	<input type="checkbox"/> <b>Diabetes</b> DIABETES <input type="checkbox"/> <b>Hipertensão</b> HIGH BLOOD PRESSURE <input type="checkbox"/> <b>Problemas de Estômago</b> STOMACH PROBLEMS <input type="checkbox"/> <b>Doença Infetocntagiosa</b> INFECTIOUS DISEASE	<input type="checkbox"/> <b>Alterações da Coagulação</b> COAGULATION PROBLEMS <input type="checkbox"/> <b>Doença Psiquiátrica</b> PSYCHIATRIC ILLNESS <input type="checkbox"/> <b>Cancro</b> CANCER
<b>Usa algum destes aparelhos / dispositivos?</b> DO YOU USE ANY OF THE FOLOWING DEVICES?	<input type="checkbox"/> <b>Pacemaker</b> PACEMAKER	<input type="checkbox"/> <b>Dispositivo Intra-Uterino</b> INTRA-UTERINE DEVICE	<input type="checkbox"/> <b>Próteses Articulares</b> JOINT PROSTHESES
<b>Atualmente está a afazer algum tratamento hormonal?</b> ARE YOU CURRENTLY TAKING HORMONAL TREATMENT?			
<b>Está grávida?</b> ARE YOU PREGNANT?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	<b>Quantas semanas?</b> HOW MANY WEEKS? <span style="float: right;">semanas / weeks</span>
<b>Está a amamentar?</b> ARE YOU BRESTFEEDING?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	
<b>Já fez alguma cirurgia?</b> HAVE YOU EVER BEEN SUBMITTED TO A SURGERY?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	<b>Teve complicações ?</b> ANY COMPLICATION? <input type="checkbox"/> Sim YES <input type="checkbox"/> Não NO
<b>Alguma vez teve problemas com anestésias locais?</b> HAVE YOU EVER HAD ISSUES WITH LOCAL ANESTHESIA?			
<b>Tem alergias a medicamentos ou outras?</b> DO YOU HAVE DRUG OR OTHER ALLERGIES?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	<b>Quais?</b> WHICH ONES?
<b>Ingere bebidas alcoólicas ?</b> DO YOU DRINK ALCOHOLIC BEVERAGES?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	
<b>É fumador?</b> DO YOU SMOKE?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	<b>Nº cigarros por dia</b> HOW MANY A DAY?

Fale-nos da sua saúde oral. Tell us about your oral health.

**SAÚDE ORAL | ORAL HEALTH**

<b>Quando foi ao dentista pela última vez?</b> WHEN WAS YOU LAST TIME AT THE DENTIST?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	<b>Costuma ir ao dentista com regularidade?</b> DO YOU VISIT THE DENTIST REGULARLY?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO
<b>Já fez alguma extração dentária?</b> HAVE YOU GOT ANY TOOTH EXTRACTED?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	<b>Houve alguma complicação na extração?</b> COMPLICATIONS DURING THE EXTRACTION?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO
<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?	<input type="checkbox"/> Manual MANUAL	<input type="checkbox"/> Elétrica ELECTRIC
<b>Usa fio dentário ou escovilhão regularmente?</b> DO YOU USE DENTAL FLOSS/INTERDENTAL BRUSH?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	<b>Costuma sangrar das gengivas?</b> DO YOU OFTEN BLEED FROM YOUR GUMS?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO
<b>Sente dores ou estalidos na articulação/ouvidos?</b> ANY PAIN OR CLICKING IN YOUR JOINT/EARS?	vezes / times		<b>Costuma ranger os dentes?</b> DO YOU GRIND YOUR TEETH?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO
<b>Sente os dentes como mobilidade?</b> HAVE YOU GOT ANY TOOTH EXTRACTED?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	<b>Sente mau gosto na boca ou mau hálito?</b> DO YOU VISIT THE DENTIST FREQUENTLY?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO
<b>Dor de cabeça, pescoço, ouvidos, face ou olhos?</b> ANY HEADACHE, NECK, EARS, FACE OR EYES?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	<b>Sente dificuldade em mastigar?</b> DO YOU HAVE DIFFICULTY CHEWING?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO
<b>Qual o motivo da consulta?</b> WHAT IS THE REASON FOR THE CONSULTATION?					
<b>Gostaria de melhorar a estética do seu sorriso?</b> WOULD YOU LIKE TO IMPROVE YOUR SMILE?					
<b>Algo a acrescentar ao seu estado de saúde oral?</b> ANYTHING TO ADD TO YOUR ORAL HEALTH STATUS?					

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

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