

Fale-nos de si. Tell us about yourself.

DADOS DO PACIENTE | PATIENT DATA

Nome completo: FULL NAME		Profissão: PROFESSION	
Género: GENDER		Nº Utente (SNS): NATIONAL HEALTH NUMBER	
Nº Utente (SNS): NATIONAL HEALTH NUMBER		Nº Contribuinte: VAT NUMBER	
Data de nascimento: BIRTH DATE		Nacionalidade : NATIONALITY	
Morada: ADDRESS			
Localidade: CITY		Código-Postal: ZIP CODE	
E-mail E-MAIL		Telefone: PHONE NUMBER	
Seguro de Saúde HEALTH INSURANCE		Nº beneficiário: INSURANCE NUMBER	

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

HISTORIAL MÉDICO | MEDICAL HISTORY

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

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

SAÚDE ORAL | ORAL HEALTH

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