

# Ficha Clínica Odontológica

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Nascimento: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Rede social

Indicação

Passou na frente

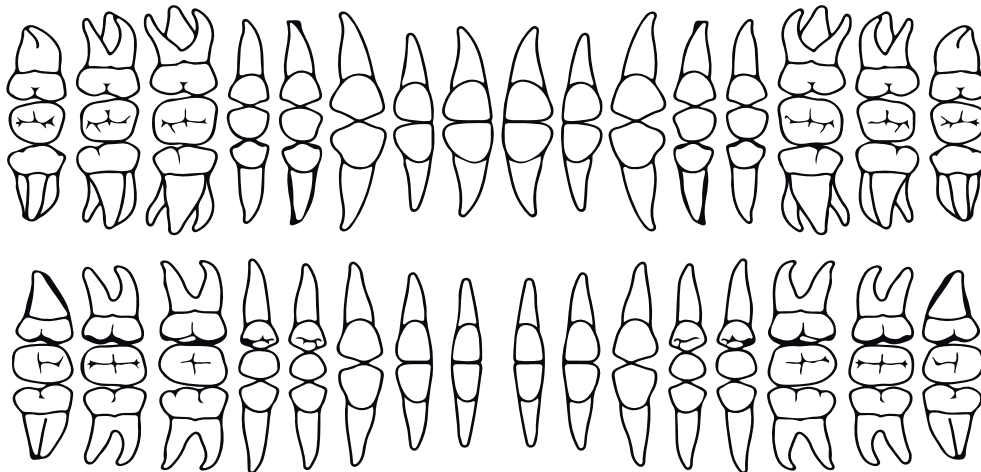
Queixa principal: \_\_\_\_\_

Alergia? ( ) Sim / ( ) Não \_\_\_\_\_

Pressão sanguínea é alta? ( ) Sim / ( ) Não \_\_\_\_\_

Tem algum problema de saúde? ( ) Sim / ( ) Não \_\_\_\_\_

Faz uso de alguma medicação? ( ) Sim / ( ) Não \_\_\_\_\_



Plano de tratamento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## TERMO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a assistente e arcar com os custos estipulados no orçamento apresentado.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura – Dentista: \_\_\_\_\_

Assinatura – Paciente: \_\_\_\_\_