

CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS – CEO PROTOCOLO PARA ENCAMINHAMENTO CLÍNICO

Identificação do Paciente

Prontuário Cismusep: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Gênero: () Masculino () Feminino

R.G: _____ Data de Expedição: ____/____/____ Órgão emissor: _____

CPF: _____ CNSUS: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Profissão: _____

Telefone(s): _____ Celular: _____

Telefone e Nome p/ Contato: _____

Etnia: () Branca () Negra () Indígena () Parda () Amarela

Filiação: Pai: _____ Profissão: _____

Mãe: _____ Profissão: _____

Histórico de Saúde:

Data anamnese: ____/____/____.

Está em tratamento médico? () Sim () Não Médico responsável: _____

Faz uso de medicamentos? () Sim () Não Qual(is)? _____

Porquê? _____

Alergia(s) à medicamento(s): _____

Encaminhamento para a Especialidade no CEO:

() Periodontia () Endodontia () Cirurgia () Prótese () Paciente especiais

Preencher em caso de atendimento na Especialidade Pacientes Especiais:

Já fez tratamento odontológico? () Sim () Não Há quanto tempo? _____

Dificuldades no tratamento: _____

Comportamento: () Bom () Difícil () Impossível

OBS: Quanto ao tipo de tratamento que será executado (clínica, ambulatorial ou a nível de centro cirúrgico), será definido após avaliação da equipe do CISAMUSEP

AUTORIZAÇÃO E CONSENTIMENTO:

Autorizo e dou pleno consentimento ao CISAMUSEP, por meio de seus profissionais, devidamente inscritos no CRO-Pr, a fazer diagnóstico, o planejamento e o tratamento. E responsabilizo-me pelas informações pessoais prestadas.

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

