Importância da ficha de identificação na gestão da clínica de ODONTOPEDIATRIA

Prof. Dr. Gabriel Politano

Ficha de identificação

POLITANO
odontopediatria e ortodontia

Ficha Clínica de Odontopediatria

Identificação do Paciente

Nome do paciente_____ Apelido: _____

RG: _____ Colégio onde estuda: _____

Data Nasc. _____ idade _____ Tem irmãos? Quantos?_____

Nome do pai:_____ Profissão_____

Nome da mãe:_____ Profissão_____

E-mail dos pais: _____

Endereço_____ nº_____

Compl._____Bairro_____ CEP_____ - _____

Cidade _____ Estado _____ Naturalidade_____

Tel. ( ) _____(res.) ( ) _____(com.) ( ) _____ (cel)

Nome do(a) pediatra: _____ Telefone do(a) pediatra _____

Quem indicou? _____ e-mail de quem indicou:_____

Telefone de quem indicou: _____ (importante para que possamos entrar em contato e enviar relatório).

Qual o principal objetivo que você espera atingir com esse tratamento?

_____

_____

Qual a importância desse tratamento no dia a dia do seu filho?

_____

_____

Motivo da consulta?

( )Orientação/Prevenção ( )Trauma dental ( )Doenças bucais ( )Cárie ( ) Anomalias

Ficha de identificação

Identificação do Paciente

Nome do paciente_____ Apelido: _____

RG: _____ Colégio onde estuda: _____

Data Nasc. _____ idade _____ Tem irmãos? Quantos?_____

Nome do pai:_____ Profissão_____

Nome da mãe:_____ Profissão_____

E-mail dos pais: _____

Endereço_____ nº_____

Compl._____Bairro_____ CEP_____ - _____

Cidade _____ Estado _____ Naturalidade_____

Tel. ( ) _____(res.) ( ) _____(com.) ( ) _____ (cel)

Nome do(a) pediatra: _____ Telefone do(a) pediatra _____

Quem indicou? _____ e-mail de quem indicou:_____

Telefone de quem indicou: _____ (importante para que possamos entrar em contato e enviar relatório).

Ficha de identificação

Qual o principal objetivo que você espera atingir com esse tratamento?

_____

_____

Qual a importância desse tratamento no dia a dia do seu filho?

_____

_____

Motivo da consulta?

( )Orientação/Prevenção ( )Trauma dental ( )Doenças bucais ( )Cárie ( ) Anomalias