



Fale-nos da criança. Tell us about your child.

DADOS DO PACIENTE | PATIENT DATA

Nome completo FULL NAME				
Género GENDER		Profissão PROFESSION	Mãe MOTHER	Pai FATHER
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	
Com quem vive ? WITH WHO DOES THE CHILD LIVE?	<input type="checkbox"/> Mãe MOTHER	<input type="checkbox"/> Pai FATHER	<input type="checkbox"/> Ambos em conjunto BOTH TOGETHER	<input type="checkbox"/> Ambos em guarda partilhada BOTH IN SHARED CUSTODY

Fale-nos da saúde geral da criança. Tell us about general health of your child.

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?		Quais? WHICH ONES?	
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"/> Problemas de Estômago STOMACH PROBLEMS <input type="checkbox"/> Doença Infetocontagiosa INFECTIOUS DISEASE	<input type="checkbox"/> Hipertensão HIGH BLOOD PRESSURE <input type="checkbox"/> Alterações da Coagulação COAGULATION PROBLEMS <input type="checkbox"/> Doença Psiquiátrica PSYCHIATRIC ILLNESS <input type="checkbox"/> Cancro CANCER
Tem alterações genéticas? HAVE YOU EVER BEEN SUBMITTED TO ANY SURGERY?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	
Tem alergias a medicamentos, alimentares ou outras? DO YOU HAVE DRUG, FOOD OR OTHER ALLERGIES?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	Quais? WHICH ONES?
Tem alergias sazonais? SEASONAL ALLERGOIES ?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	
Teve algum traumatismo da face ou cabeça? SEASONAL ALLERGIES ?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	Quando? WHEN?



Fale-nos da saúde oral da criança. Tell us about your child's oral health.

SAÚDE ORAL | ORAL HEALTH

É a primeira vez no dentista? IS IT THE FIRST TIME AT THE DENTIST?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	Quando foi ao dentista pela última vez? WHEN WAS THE LAST TIME AT THE DENTIST?		
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
Qual o motivo da consulta? WHAT IS THE REASON FOR THE CONSULTATION?					
Realizou algum destes tratamentos dentários? HAS THE CHILD HAD ANY DENTAL TREATMENTS?	<input type="checkbox"/> Extração EXTRACTION	<input type="checkbox"/> Restauração FILLING	<input type="checkbox"/> Higiene Oral DENTAL HYGIENE	<input type="checkbox"/> Selantes SEALANTS	<input type="checkbox"/> Outro OTHER
Algo a acrescentar ao seu estado de saúde oral? ANYTHING TO ADD TO YOUR ORAL HEALTH STATUS?					

Fale-nos de como a criança nasceu. Tell us about how the child was born.

PARTO | CHILDBIRTH

Qual foi o tipo de parto? WHAT WAS THE TYPE OF CHILDBIRTH?	<input type="checkbox"/> Eutócico (vaginal "normal") EUTOCIC ("NORMAL" VAGINAL)	<input type="checkbox"/> Distócico (Ventosas, Fórceps) DYSTOCIC (SUCTION CUP, FORCEPS)	<input type="checkbox"/> Distócico (Cesariana) DYSTOCIC (CESAREAN SECTION)
Com quantas semanas de gestação nasceu? HOW MANY WEEKS OF PREGNANCY?	semanas , weeks		



Fale-nos de como a criança respira. Tell us about how the child breaths.

AValiação Respiratória | RESPIRATORY ASSESSMENT

Tem problemas respiratórios diagnosticados? ANY DIAGNOSED RESPIRATORY PROBLEMS?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO		
Respira habitualmente pela boca? DOES THE CHILD BREATHE THROUGH THE MOUTH?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO		
Ressona durante a noite? DOES THE CHILD SNORE AT NIGHT?	<input type="checkbox"/> Sempre ALWAYS	<input type="checkbox"/> Às vezes SOMETIMES	<input type="checkbox"/> Raramente RARELY	<input type="checkbox"/> Nunca NEVER
Sente o nariz obstruído ou "tapado"? DOES THE CHILD FEEL THE NOSE BLOCKED?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO		
Tem interrupções da respiração durante o sono? ANY BREATHING INTERRUPTIONS DURING SLEEP?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO		
Acorda com baba seca na cara ou almofada? WAKES UP WITH DRY DROOL ON THE FACE OR PILLOW?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO		
Teve ou costuma ter otites com frequência? HAD OR USUALLY HAS EAR INFECTIONS FREQUENTLY?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO		
Teve ou costuma ter amigdalites com frequência? HAD OR USUALLY HAS TONSILLITIS FREQUENTLY?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO		
Teve ou costuma ter bronquiolites com frequência? HAD OR USUALLY HAS BRONCHIOLITIS FREQUENTLY?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO		
Já foi submetido(a) a alguma cirurgia? HAS THE CHILD EVER BEEN SUBMITTED TO SURGERY?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO		

Fale-nos de como a criança mastiga. Tell us about how the child chews.

AValiação Mastigatória | RESPIRATORY ASSESSMENT

Tem dificuldade a mastigar? ANY DIFFICULTY CHEWING?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	É muito lento a comer? DOES THE CHILD EAT VERY SLOWLY?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO
Prefere alimentos moles? DOES THE CHILD PREFER SOFT FOODS?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	Consegue comer alimentos duros e fibrosos? CAN THE CHILD EAT HARD AND FIBROUS FOODS?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO



Fale-nos dos hábitos orais da criança. Tell us about the child's oral habits.

HÁBITOS ORAIS | ORAL HABITS

A criança foi amamentada com leite materno? SEAZONAL ALLERGIES ?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	Até que idade? UNTIL WHAT AGE?	
Usou biberão? DID THE CHILD USE A BABYBOTTLE?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	Até que idade? UNTIL WHAT AGE?	
Usou chucha / chupeta? DID THE CHILD USE A PACIFIER?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	Até que idade? UNTIL WHAT AGE?	
Chuchou no dedo? DID HE(SHE) SUCK HIS(HER) FINGER?	<input type="checkbox"/> Sim YES	<input type="checkbox"/> Não NO	Até que idade? UNTIL WHAT AGE?	
Costuma ranger os dentes? DOES THE CHILD USUALLY GRINDS THE TEETH?	<input type="checkbox"/> Sempre ALWAYS	<input type="checkbox"/> Às vezes SOMETIMES	<input type="checkbox"/> Raramente RARELY	<input type="checkbox"/> Nunca NEVER

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

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