

BENVINDO AO CENTRO DE BEM ESTAR DR SANTIAGO

Data: ____/____/____

Nome: _____
Sobrenome Nome MI

Morada: _____
Apt Cidade Estado Codigo Postal

Celular #: (____) _____ Companhia de Celular: _____

Telef. Casa #: (____) _____

Trabalho #: (____) _____ Ext _____

E-mail: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Separado(a) () Viúvo(a)

SS #: _____ - _____ - _____

Recomendado por: _____

Ocupação: _____

Seguro Medico: _____

Nome do Assegurado: _____ Parentesco: () Proprio () Conjuge () Pais () Outros

Data de Nascimento do Assegurado: ____/____/____ SS # do assegurado: _____

Por favor indique abaixo a intensidade e frequencia dos sintomas. Caso nenhuma opção se aplique, deixe em branco.

Intesidade: 1 a 3 = Pouco 4 a 6 = Moderado 7 a 10 = Severo
Frequencia: D = Diaria F =Frequente O =Ocasional
Exemplo: 10 / D Dor de Cabeça

- | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|--|
| ____/____ Dor de cabeca | ____/____ Dor no Ombro D. | ____/____ Dor no Quadril / Anca D |
| ____/____ Dor na mandibula D. | ____/____ Dor no Ombro Esq | ____/____ Dor no Quadril / Anca Esq |
| ____/____ Dor na mandibula Es | ____/____ Dor no Cotovelo D. | ____/____ Dor no Joelho D. |
| ____/____ Dor no Pescoço | ____/____ Dor no Cotovelo Esq | ____/____ Dor no Joelho Esq. |
| ____/____ Dor Costas Acima | ____/____ Dor no Pulso/mão D. | ____/____ Dor nos Tornozelos / pé D. |
| ____/____ Dor Costas Abaixo | ____/____ Dor no Pulso/mão Esq | ____/____ Dor nos Tornozelos / pé Esq. |
| ____/____ Dor Peito | ____/____ Braço D. Formingando | ____/____ Perna D. Formingando |
| ____/____ Dor de Estomago | ____/____ Braço Esq. Formingando | ____/____ Perna Esq. Formingando |
| | ____/____ Mao D. Dormente | ____/____ Dedos dos Pes D. Dormente |
| | ____/____ Mao Esq. Dormente | ____/____ Dedos dos Pés Esq. Dorm. |
| | | ____/____ Dedos dos Pés D. Dorment |
| | | |
| ____/____ Dor menstrual | ____/____ Desmaios | ____/____ Pé Frio |
| ____/____ Nervosismo | ____/____ Desequilibrio | ____/____ Mão Fria |
| ____/____ Irritacao/tensão | ____/____ Zunido nos Ouvidos | ____/____ Prisão de Ventre |
| ____/____ Depressão | ____/____ Calores no Rosto | ____/____ Diarreia |
| ____/____ Cansaço | ____/____ Perda de Olfato | ____/____ Febre |
| ____/____ Perda de Memória | ____/____ Perda de paladar | ____/____ Cabeça Pesada |
| ____/____ Tonturas | ____/____ Suores Frios | ____/____ Insónias |
| ____/____ Mudanca de humor | ____/____ Falta de Ar | ____/____ Luzes incomodam a visão |

____/____ Sinusite ____/____ Alergia ____/____ Asma ____/____ Problemas digestivos

Descreva o principal problema a ser tratado:

1. Qual o principal problema de saúde? _____
2. Quando começou? () Hoje Quantos: Dias? _____ Semanas? _____ Meses? _____ Anos? _____
3. Como Começou? () Acidente () Pancada () Gradualmente
4. Como aconteceu? () Não Sei _____
5. Onde (lugar) voce estava quando sentiu dor pela a primeira vez? () Casa () Trabalho () Não sei () Outro
6. Voce ja teve este tipo de problema antes? () Não () Se sim, Quando? _____
7. A dor e: () Diaria Se sim, qual a porcentagem do dia () 100% () 75% () 50% () 25% do Tempo
() 3 a 6 Dias por Semana () 1 a 2 Dias por Semana ou Menos
8. Ha algum horario em que a Dor seja mais forte? () Não () Manhã () Tarde () Noite () Dormindo
9. Como e a Dor? () Aguda () Dorida () Latejante () Pesada () Dormente () Comichão () Quente () Fria

10. O que agrava o problema?

<input type="checkbox"/> dobrar	<input type="checkbox"/> ficar de pe	<input type="checkbox"/> sentar	<input type="checkbox"/> permanecer na mesma posicao	<input type="checkbox"/> sexo	<input type="checkbox"/> desporto
<input type="checkbox"/> virar	<input type="checkbox"/> deitar	<input type="checkbox"/> caminhar	<input type="checkbox"/> levantar	<input type="checkbox"/> pegar algo	<input type="checkbox"/> exercicio
<input type="checkbox"/> levantar peso	<input type="checkbox"/> dormir	<input type="checkbox"/> correr	<input type="checkbox"/> subir escadas	<input type="checkbox"/> conduzir	<input type="checkbox"/> mover

11. O que voce faz para aliviar a dor?

<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Descansar	<input type="checkbox"/> Sentar	<input type="checkbox"/> Caminhar	<input type="checkbox"/> Gelo	<input type="checkbox"/> Usar suporte
<input type="checkbox"/> Deitar	<input type="checkbox"/> Dormir	<input type="checkbox"/> Ficar em pe	<input type="checkbox"/> Movimentar	<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Medicamentos

12. Em consequencia do problema, voce se sente: () triste () deprimido () ansioso () aborrecido () frustrado
() cansado () irritado () tenso () nervoso/a () nenhuma

13. Quais sao as atividades limitadas por este problema?

<input type="checkbox"/> nada	<input type="checkbox"/> agachar	<input type="checkbox"/> deitar	<input type="checkbox"/> Maioria dos movimentos	<input type="checkbox"/> cuidar de um animal
<input type="checkbox"/> carregar peso	<input type="checkbox"/> caminhar curvado	<input type="checkbox"/> dormir	<input type="checkbox"/> movimentos repetitivos	<input type="checkbox"/> carregar crianca
<input type="checkbox"/> puxar	<input type="checkbox"/> sentar	<input type="checkbox"/> jardinagem	<input type="checkbox"/> mudar de posicao	<input type="checkbox"/> cuidar do quintal
<input type="checkbox"/> empurrar	<input type="checkbox"/> caminhar	<input type="checkbox"/> vida social	<input type="checkbox"/> subir escadas	<input type="checkbox"/> concentrar
<input type="checkbox"/> carregar	<input type="checkbox"/> correr	<input type="checkbox"/> conduzir	<input type="checkbox"/> praticar esportes	<input type="checkbox"/> urinar
<input type="checkbox"/> alcançar	<input type="checkbox"/> pular	<input type="checkbox"/> trabalhar	<input type="checkbox"/> usar computador	<input type="checkbox"/> tomar banho
<input type="checkbox"/> torcer	<input type="checkbox"/> descansar	<input type="checkbox"/> exercicios	<input type="checkbox"/> afazeres do lar	<input type="checkbox"/> escovar os dentes
<input type="checkbox"/> virar	<input type="checkbox"/> digitar	<input type="checkbox"/> limpar	<input type="checkbox"/> cuidar de crianças	<input type="checkbox"/> barbear
<input type="checkbox"/> dobrar	<input type="checkbox"/> cozinhar	<input type="checkbox"/> comer	<input type="checkbox"/> ir a casa de banho	<input type="checkbox"/> vestir
<input type="checkbox"/> rastejar	<input type="checkbox"/> ler	<input type="checkbox"/> sexo	<input type="checkbox"/> cuidar de um familiar	<input type="checkbox"/> calçar as meias
<input type="checkbox"/> ajoelhar	<input type="checkbox"/> ficar parado		<input type="checkbox"/> tossir/espurrar	<input type="checkbox"/> vestir as calças

14. Como e que isso afeta o seu dia-a-dia:

A. Quando o problema esta pior, torna-se mais dificil executar o seu trabalho?

- () Voce produz menos no trabalho () Sente-se desanimado
() Precisa de mais intervalos () O seu supervisor fez comentarios a esse respeito?

B. Quando o problema esta pior, isso afeta o seu relacionamento com familiares e amigos?

- () Fico desanimado () Ajudo menos em casa
() Já não posso praticar as mesmas atividades. Quem esta mais desapontado: () Voce ou () Eles

C. Quando o problema esta pior, de que maneira afeta o seu sono?

- () demoro a adormecer () acordo cansado
() acordo varias vezes durante a noite () Acordo mais cedo do que o costume

D. Agora sobre seus hobbies/interesses/esportes, O problema te limita na execucao dos mesmos?

- () Sim () Não Exemplo? _____

15. Marque as opcoes que voce tenha usado sem obter resultados.

<input type="checkbox"/> aspirina	<input type="checkbox"/> medicamentos	<input type="checkbox"/> massagem	<input type="checkbox"/> usar suporte	<input type="checkbox"/> medico de familia	<input type="checkbox"/> neurologista
<input type="checkbox"/> Tylenol	<input type="checkbox"/> alongamentos	<input type="checkbox"/> gel	<input type="checkbox"/> outro Quiroprata	<input type="checkbox"/> fisioterapia	<input type="checkbox"/> ignorar a dor
<input type="checkbox"/> Advil	<input type="checkbox"/> exercicios	<input type="checkbox"/> quente / gelo	<input type="checkbox"/> acupuntura	<input type="checkbox"/> ortopedista	

Voce sente-se frustrado por ter tentado as opcoes acima e nao ter obtido alivio? () Sim () Não

Nome dos medicos das especialidades escolhidas acima: _____

16. Por causa do problema sente-se mais velho? () Não () Sim, quantos anos? _____

17. Caso este problema nao seja resolvido, acredita que poderia piorar? () Sim () Não

Traumas ou acidentes anteriores que poderiam ter causado este problema:

- 1 acidente de automovel acidente de trabalho queda da cadeira bater a cabeça ao mergulhar
 2 ou mais acidentes acidente esportivo escorregar e cair carregar peso sobre a cabeça
 acidente de mota queda de um cavalo esquiando Uma briga
 acidente de bicicleta queda de uma escada surfando

Voce atribui algum dos problemas acima a tua condição de saúde atual? () Sim () Nao

Por favor informe sobre teu Historico de saúde atual e anterior:

Coloque A () para Atual ou P para condições Passadas e já resolvidas.

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> AIDS /SIDA | <input type="checkbox"/> dependencia quimica | <input type="checkbox"/> pressão baixa | <input type="checkbox"/> paralisia |
| <input type="checkbox"/> alcoolismo | <input type="checkbox"/> depressão | <input type="checkbox"/> pressão baixa | <input type="checkbox"/> problemas na prostata |
| <input type="checkbox"/> anemia | <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> problema nos rins | <input type="checkbox"/> problemas .psiquiatricos |
| <input type="checkbox"/> anorexia | <input type="checkbox"/> efisema | <input type="checkbox"/> problema no figado | <input type="checkbox"/> reumatismo |
| <input type="checkbox"/> apendicite | <input type="checkbox"/> epilepsia | <input type="checkbox"/> enxaqueca | <input type="checkbox"/> derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> artrites | <input type="checkbox"/> problemas cardiacos | <input type="checkbox"/> aborto espontaneo | <input type="checkbox"/> tentative de suicidio |
| <input type="checkbox"/> asma | <input type="checkbox"/> hepatite | <input type="checkbox"/> escloriose multipla | <input type="checkbox"/> tiroide |
| <input type="checkbox"/> coagulação sanguinia | <input type="checkbox"/> hernia | <input type="checkbox"/> osteoporose | <input type="checkbox"/> tumor |
| <input type="checkbox"/> nodulos nos seios | <input type="checkbox"/> hernia de disco | <input type="checkbox"/> marca-passo | <input type="checkbox"/> ulceras |
| <input type="checkbox"/> bronquite | <input type="checkbox"/> colesterol alto | <input type="checkbox"/> doença de Parkeson | <input type="checkbox"/> infeccão vaginal |
| <input type="checkbox"/> bulimia | <input type="checkbox"/> pressão alta | <input type="checkbox"/> nervo pinchado | <input type="checkbox"/> doença veneria |
| <input type="checkbox"/> cancer, onde _____ | <input type="checkbox"/> fraturas, onde _____ | <input type="checkbox"/> pneumonia | <input type="checkbox"/> obesidade |

Por favor informe sobre sua Saúde e Habitossociais:

Filhos? () Sim () Não # de Filhos _____	() bebe menos de 8 copos de agua por dia	() nao toma café da manha
() gestante de _____ semanas () entrando na menopausa	() bebe 8 ou mais copos de agua diariamente	Toma vitaminas ()Sim () Nao
Bebida alcolica? ()Sim ()Nao () pouco () moderado () diario	() vai a casa banho/banheiro diariamente	() Dorme pouco
Cigarros? ()Sim ()Nao () pouco () moderado () diario	() tem problemas para ir a casa de banho/banheiro	() Dorme Bem
cafeina? ()Sim ()Nao () pouco () moderado () diario	() faz 3 refeicoes	Pratica exercicio ()Sim ()Nao

Por favor informe sobre as medicinas que esta usando:

<input type="checkbox"/> nenhuma	<input type="checkbox"/> anti-coagulante	<input type="checkbox"/> anti-inflamatorio	<input type="checkbox"/> colesterol	<input type="checkbox"/> tranquilizantes
<input type="checkbox"/> aspirina	<input type="checkbox"/> pressão alta	<input type="checkbox"/> para dor	<input type="checkbox"/> antibiotico	<input type="checkbox"/> anti-acido
<input type="checkbox"/> pilulas para dormir	<input type="checkbox"/> anti-depressivo	<input type="checkbox"/> quimioterapia	<input type="checkbox"/> esteroides	<input type="checkbox"/> codeine

Nome dos medicamentos _____

Algum tipo de alergia? _____

Cirurgias anteriores: () Nenhuma

- Apendicite, ano _____ Amigdala, ano _____
 Vasectomia / Hesteriostocomia ano _____ Cesariana, ano _____
 Outra: _____ ano _____ Outra: _____ ano _____

Hospitais e datas que tenha estado internado: () Nenhum: Motivo: _____ ano: _____
 Motivo: _____ ano: _____ Motivo: _____ ano: _____

Ha algum motivo que te impeda de receber tratamento, por exemplo?

- () Nada () Transporte () Horário de Trabalho.

Historico Familiar de Saude

1. Por favor coloque a idade relative a cada membro familiar.
2. Marque com um "A" no quadrado especifico ao problema que tem.
3. Marque com um "P" para uma doenca que ja tenha tido.
4. Caso nenhuma opcao se aplique, deixe em branco.

Condicao	Pai Idade__	Mai Idade__	Conjuge Idade__	Irmao (s) Idade__	Idade__	Irma (s) Idade__	Idade__	Filho(s) Idade__	Idade__
Nenhuma:									
Artrite									
Asma- Com febre									
Problemas de Coluna									
Bursite									
Cancer									
Prisão de ventre									
Diabete									
Problema do disco									
Problema emocional									
Efisema									
Epilepsia									
Dor de cabeça									
Problemas de Coracao									
Pressao Sanguinea Alta									
Insonia									
Problema de Rins									
Problema de figado									
Enxaqueca									
Nervosismo									
Nervo pinxados(preso)									
Escoliose									
Sinusite									
Problema de estomago									

Eu entendo e confirmo que as informacoes acima sao verdadeiras e que e de minha responsabilidade informar qualquer mudanca nas informacoes por mim fornecidas. Eu autorizo todos os services necessarios durante diagnostico e tratamento.

Nome do Paciente

Assinatura

Data

Nome do Responsavel

Parentesco

Assinatura

Data

Agradecemos a vossa colaboracao no preenchimento deste formulario. Agora vamos ao tratamento!