

# REGISTRAÇÃO & HISTÓRIA

## 1. INFORMAÇÃO DO PACIENTE

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

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

Endereço: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

SS #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Numero de telefone:  
Casa: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

E - Mail: \_\_\_\_\_

A quem podemos agradecer por lhe ter referido ao nosso consultorio: \_\_\_\_\_

## 2. INFORMAÇÃO DO SEGURO

Quem é responsável por esta conta? \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Relação com o paciente: \_\_\_\_\_

Nome do Seguro : \_\_\_\_\_

Grupo # : \_\_\_\_\_

O paciente é protegido pelo seguro? \_\_\_\_\_

## 3. EM CASO DE EMERGÊNCIA

### Contacte:

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

Telef. De casa: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telef. Do trabalho: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## 4. INFORMAÇÃO DO ACIDENTE

Os sintomas foram causados pelo acidente? \_\_\_\_\_

Tipo de acidente: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Automóvel \_\_\_ Trabalho \_\_\_ Casa \_\_\_ Desporto

## 5. CONDIÇÃO DO PACIENTE

Escreva todos os sintomas que sente: \_\_\_\_\_

Qual a razão pelo aparecimento dos seus sintomas? \_\_\_\_\_

Quando começou a sentir os primeiros sintomas? \_\_\_\_\_

Recebeu algum tratamento por essa(s) condição(s)? (Qual?) \_\_\_\_\_

Na figura marque com um X nas áreas onde sente dor, adormecimento, etc....

Identifique a sua dor, na escala de 1 a 10 (1 = min., 10 = max.). \_\_\_\_\_

A sua dor é constante, ou só é uma vez por outra? \_\_\_\_\_

Esta dor interfere com: \_\_\_ Caminhar \_\_\_ Dobrar \_\_\_ Sentar \_\_\_ Dormir  
\_\_\_ Trabalho \_\_\_ Levantar Peso \_\_\_ Recreação \_\_\_ Actividades Diárias

