

Nome do Cliente: **Diana Santos Venancio Fernandes Beiro**

Número de Registro: **4188**

Data de Nascimento: **03/12/1994**

1 - Qual o motivo da consulta?

2 - Está ou esteve recentemente em tratamento médico? Qual?

() Sim () Não

3 - Está tomando algum medicamento? Qual?

() Sim () Não

4 - Diabetes?

() Sim () Não

5 - Gastrite? Úlcera?

() Sim () Não

6 - Anemia?

() Sim () Não

7 - Hepatite?

() Sim () Não

8 - Possui alguma doença cardíaca?

() Sim () Não

9 - Hipertensão?

() Sim () Não

10 - Glaucoma?

() Sim () Não

11 - Sofre algum tipo de alergia? Qual

() Sim () Não

12 - Possui algum vício? Qual?

() Sim () Não

13 - Está grávida? De quantas semanas?

() Sim () Não

14 - Já apresentou problema hemorrágico?

() Sim () Não

15 - Possui alguma doença que não foi citada?

() Sim () Não

16 - Qual sua P.A.?

17 - Obs:

18 - Foi indicada por alguém? Se sim, quem?

19 - Data:

20 - Deixe sua rede social:

São Paulo, 02/09/2022

Diana Santos Venancio Fernandes Beiro
432.623.888-74