

Informações sobre o Paciente

Data de hoje _____

Nome completo _____

Telefone residencial _____ Telefone Celular _____

Endereço _____ Cidade _____

Estado _____ CEP _____ E-mail _____

Sexo: F M Data de Nascimento ____ / ____ / ____ Idade _____
Mês Dia Ano

Casado Viúvo Solteiro Separado Divorciado Menor de idade

Por quem você foi indicado? _____

Nome e endereço do trabalho/ escola _____

Em caso de emergência, quem devemos contactar? _____ (____) _____
Nome Telefone

Informações sobre a Pessoa Responsável

Nome completo _____

Telefone residencial _____ Telefone Celular _____

Endereço _____ Cidade _____

Estado _____ CEP _____

Sexo: F M Data de Nascimento _____ Idade _____

Saúde Dentária

Nome do seu dentista anterior _____ Data do **último** exame **dentário** _____

1. Você tem sensibilidade à alimentos quentes our frios ? Sim Não
2. Você sente dor em algum dos dentes? Sim Não
3. Você tem alguma ferida ou caroço dentro ou próximo da boca ? Sim Não
4. Você usa dentaduras ou parciais? Sim Não

Quando foram feitas? _____

5. Você já experienciou algum dos seguintes problemas na mandíbula:
() estalo () dor nas **articulações** do rosto () dificuldade ao abrir ou fechar a boca
6. Você **já** teve alguma lesão na cabeça e/ou mandíbula ? Sim Não

Marque a resposta apropriada	
Em geral, sua saúde é	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim
Data do seu último exame médico	_____
Houve alguma mudança na sua saúde no último ano?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Você foi hospitalizado nos últimos três anos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por que? _____
Você está em tratamento médico ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por que? _____
Você já teve problema com tratamento dentário no passado? Se sim, explique:	_____
Você está sentindo alguma dor no momento?	_____
Você já tomou algum dos seguintes medicamentos?	
<input type="checkbox"/> Fen-phen	<input type="checkbox"/> Ionimin <input type="checkbox"/> Adipex <input type="checkbox"/> Fastin <input type="checkbox"/> Dexfenfluramine
<input type="checkbox"/> Phentermine	<input type="checkbox"/> Pondimin <input type="checkbox"/> Fenfluramine <input type="checkbox"/> Redux
Você tem problemas de sangramento ou dificuldade de cicatrização?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Você já fez transfusão de sangue?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, data _____

****Indique se você tem ou já teve algum dos problemas citados abaixo:**

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Febre reumática | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Problema no fígado |
| <input type="checkbox"/> Disordem nervosa | <input type="checkbox"/> Tiróide | <input type="checkbox"/> Problema cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Problema de pele | <input type="checkbox"/> Angina ou dor no peito | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Batimento irregular do coração | <input type="checkbox"/> Pressão Alta | <input type="checkbox"/> Vício de fumar |
| <input type="checkbox"/> Desmaios | <input type="checkbox"/> Artrite | <input type="checkbox"/> Herpes |
| <input type="checkbox"/> Derrame | <input type="checkbox"/> Câncer | <input type="checkbox"/> HIV / AIDS |
| <input type="checkbox"/> Anemia ou doença no sangue | <input type="checkbox"/> Tumor ou nódulo | <input type="checkbox"/> Hepatite |
| <input type="checkbox"/> Doença Pulmonária | <input type="checkbox"/> Doença nos rins | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Sinusite | <input type="checkbox"/> Disritmia | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Úlcera no estômago | <input type="checkbox"/> Tratamento com radiação | <input type="checkbox"/> Doença respiratória |
| <input type="checkbox"/> Problema circulatório | <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Dor nas costas |
| <input type="checkbox"/> Dor no maxilar | <input type="checkbox"/> Dor de cabeça | <input type="checkbox"/> Marcapasso |
| <input type="checkbox"/> Inchaço dos pés ou tornozelos | <input type="checkbox"/> Próteses nas juntas | <input type="checkbox"/> Depedência química |
| <input type="checkbox"/> Válvula artificial no coração | <input type="checkbox"/> Problemas na válvula mitral | <input type="checkbox"/> Tratamento com cortisona |
| <input type="checkbox"/> Doenças sexualmente transmissíveis | <input type="checkbox"/> Tosse persistente | <input type="checkbox"/> Tosse com sangue |

MULHERES:

Gravidez: Sim Não Amamentando: Sim Não

Tomando anticoncepcional: Sim Não

Medicação

Liste o nome dos medicamentos que **você** está tomando:

Alergias

Liste suas alergias:

Autorização:

Eu autorizo o meu seguro **dentário** a cobrir com as despesas do meu tratamento. Eu autorizo o uso da minha assinatura em todos os pedidos de pagamento submetidos ao seguro. Eu autorizo o envio das informações necessárias para assegurar o pagamento do meu tratamento. Eu entendo que sou responsável pela porção que não é paga pelo seguro.

Assinatura do paciente _____ Data _____

Assinatura do dentista _____ Data _____

ASHLAND DENTAL CARE

NORMAS DO CONSULTÓRIO

1.) ACORDO FINANCEIRO

O pagamento pelos serviços prestados à **você** deve ser feito no dia da sua consulta. Nós enviaremos as cobranças à sua companhia de seguro dentário como cortesia. A companhia de seguro geralmente paga uma porção dos preços cobrados pelo consultório. Você é responsável pela porção que não é paga pelo seguro.

Eu autorizo o meu seguro a pagar o consultório Unique Smile Dental Associates diretamente. _____ Iniciais

2.) CANCELAMENTO E FALHA AO COMPARECER ÀS CONSULTAS

Compreendemos que imprevistos acontecem e que isso possa interferir no seu comparecimento à consultas previamente marcadas. Requerimos 72 horas de aviso prévio para mudança ou cancelamento de consultas. A falta de aviso prévio resultará em uma cobrança de \$60.00 para consultas de limpeza e restauração. Para consultas com o/a especialista serão cobrados \$110.00 se o aviso não for dado com, no **mínimo**, 5 dias de antecedência. _____ Iniciais

3.) CÓPIA DE RAIOS-X

Entendo que as radiografias e registros dentários são propriedades do consultório Unique Smile Dental Associates. O custo pela cópia de raio-x é de \$28.00. Se uma duplicação é requisitada, pedimos o período de 72 horas para a entrega ou envio do documento. _____ Iniciais

4.) CARTÕES DE LEMBRETE/LIGAÇÕES/ MENSAGENS DE SMS/E-MAIL DE CORTESIA

Eu autorizo que o consultório Unique Smile Dental Associates me envie notificações pelo correio, por via telefônica e via internet. _____ Iniciais

5.) PAGAMENTOS

Falha ao pagar o seu saldo depois de 90 dias, resultará no envio da sua conta para uma agência de cobrança. Uma taxa de \$50 será cobrada e mais 20% do valor da **dívida** será agregada ao seu saldo.

A minha assinatura indica que eu compreendo e aprovo os regulamentos listados acima e assumo a responsabilidade pelos serviços recebidos.

Paciente/Pais/Responsáveis: _____ Data: _____

ASHLAND DENTAL CARE

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

****You May Refuse to Sign This Acknowledgement****

I, _____, have received a copy of this office's Notice of Privacy Practices.

{Please Print Name}

{Signature}

{Date}

{Person Authorized to Release Information to (ex. Spouse, Parent, Guardian, or Sibling)}

For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify)

© 2002 American Dental Association
All Rights Reserved

Reproduction and use of this form by dentists and their staff is permitted. Any other use, duplication or distribution of this form by any other party requires the prior written approval of the American Dental Association.

This Form is educational only, does not constitute legal advice, and covers only federal, not state, law (August 14, 2002).