

**INFORMAÇÃO DO PACIENTE (Por favor use letra de forma)**

Título: \_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ NM: \_\_\_\_ Sobrenome: \_\_\_\_\_

Data de Nasc.: \_\_\_\_\_ Seg. Soc.: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masc.  Fem.

Endereço: \_\_\_\_\_ Apt./Suite: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Cep: \_\_\_\_\_

Telefone: Casa: \_\_\_\_\_ Trabalho: \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Empregador: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Referido Por: \_\_\_\_\_ Dentista Geral: \_\_\_\_\_

Você já esteve neste consultório antes?  Sim  Não**PESSOA RESPONSÁVEL PELA CONTA (Se outra além do paciente)**

Título: \_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ NM: \_\_\_\_ Sobrenome: \_\_\_\_\_

Data de Nas.: \_\_\_\_\_ Seg. Soc.: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masc.  Fem.

Endereço: \_\_\_\_\_ Apt./Suite: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Cep: \_\_\_\_\_

Telefone: Casa: \_\_\_\_\_ Trabalho: \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Empregador: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Relação com o paciente:  Pais  Esposo(a)  Filho(a)  Outro: \_\_\_\_\_**AUTORIZAÇÃO**

I certifico que eu, e/ou meu(s) dependente(s), temos cobertura com a seguradora \_\_\_\_\_

Nome da(s) Seguradora(s)

e assino diretamente para o/a Dr. \_\_\_\_\_ todos os benefícios do seguro, se existentes,

que seriam pagos a mim por serviços prestados. Eu entendo que eu sou responsável financeiramente por todas as taxas não pagas pela seguradora. Eu autorizo o uso de minha assinatura em todos documentos enviados à seguradora.

O dentista citado acima poderá usar minha informação clínica e liberar tal informação para a seguradora citada acima e suas agentes para o propósito de obter pagamento por serviços, determinar benefícios gerais de seguro, ou determinar os benefícios relacionados aos serviços prestados. Este consentimento perderá sua validade quando meu plano de tratamento atual for cumprido ou um ano após a data de assinatura abaixo.

\_\_\_\_\_  
Nome do Paciente, Pai, Responsável ou Representante Pessoal\_\_\_\_\_  
Data\_\_\_\_\_  
Assinatura Paciente, Pai, Responsável ou Representante Pessoal\_\_\_\_\_  
Relação com o Paciente

**Qualquer pagamento deverá ser feito por completo no dia do seu procedimento, a menos que algum plano de pagamento tenha sido aprovado anteriormente.**

## HISTÓRICO DENTÁRIO

Escolha "Sim" ou "Não" para indicar se você tem ou já teve alguma das seguintes condições:

Mau hálito	OSim ONão	Gengiva sangrando	OSim ONão
Bolhas, feridas ou tumores na boca	OSim ONão	Língua "queimando"	OSim ONão
Mastiga em um lado da boca	OSim ONão	Fumante (cigarro, cachimbo, charuto)	OSim ONão
Mandíbula clicando ou estalando	OSim ONão	Boca seca	OSim ONão
Tratamento endodôntico	OSim ONão	Morde as unhas	OSim ONão
Comida coletando entre os dentes	OSim ONão	Range os dentes	OSim ONão
Gengiva inchada ou dolorida	OSim ONão	Dor na mandíbula ou maxilar	OSim ONão
Morder os lábios ou bochecha	OSim ONão	Dente mole ou obturação quebrada	OSim ONão
Respira pela boca	OSim ONão	Tratamento de cirurgia oral	OSim ONão
Tratamento ortodôntico	OSim ONão	Dor em volta do ouvido	OSim ONão
Tratamento periodontal	OSim ONão	Piercing (língua, lábios)	OSim ONão
Sensibilidade à: O Frio O Quente O Doce O Ao morder		Dentes sisos extraídos	OSim ONão
Você usa fio dental regularmente?	OSim ONão	Você escova seus dentes regularmente?	OSim ONão

## HISTÓRICO MÉDICO

Nome do Médico: \_\_\_\_\_ Data da última visita: \_\_\_\_\_

Escolha "Sim" ou "Não" para indicar se você tem ou já teve alguma das seguintes condições:

Você já tomou algum medicamento parte do grupo of drogas conhecido como "fen-phen?" Este grup inclui combinações de "lonimin," Acipex," "Fastin" (genérico: phentennine), "Pondimin" (genérico: fenfluramine) and "Redux" (genérico: dexfenfluramine). OSim ONão

AIDS/HIV	OSim ONão	Glaucoma	OSim ONão	Falta de ar	OSim ONão
Anemia	OSim ONão	Dores de cabeça	OSim ONão	Sinusite	OSim ONão
Artrite, Reumatismo	OSim ONão	Sopro no coração	OSim ONão	Irritação da pele	OSim ONão
Válvulas artificiais	OSim ONão	Problemas de coração	OSim ONão	Dieta especial	OSim ONão
Juntas artificiais	OSim ONão	Hepatite tipo _____	OSim ONão	Derrame cerebral	OSim ONão
Asma	OSim ONão	Herpes	OSim ONão	Pés e tornozelos inchados	OSim ONão
Problemas nas costas	OSim ONão	Pressão alta	OSim ONão	Inchaço - glândulas do pescoço	OSim ONão
Sangramento anormal	OSim ONão	Icterícia	OSim ONão	Problemas de tireóide	OSim ONão
Doença sangüínea	OSim ONão	Dor na mandíbula	OSim ONão	Amigdalite	OSim ONão
Câncer	OSim ONão	Doença dos rins	OSim ONão	Tuberculose	OSim ONão
Dependência química	OSim ONão	Doença do fígado	OSim ONão	Tumor na cabeça ou pescoço	OSim ONão
Quimioterapia	OSim ONão	Pressao baixa	OSim ONão	Úlcera	OSim ONão
Problemas circulatórios	OSim ONão	Prolapso - válvula mitral	OSim ONão	Doenças venéreas	OSim ONão
Lesão no coração	OSim ONão	Problemas nervosos	OSim ONão	Perda de peso sem explicação	OSim ONão
Tratamento - cortisona	OSim ONão	Marcapasso	OSim ONão	Grande cirurgia _____	OSim ONão
Tosse persistente	OSim ONão	Cuidados psiquiátricos	OSim ONão	Hospitalizado para _____	OSim ONão
Diabetes	OSim ONão	Radioterapia	OSim ONão	Você usa lentes de contato?	OSim ONão
Enfisema	OSim ONão	Doenças respiratórias	OSim ONão	Algum remédio não receitado?	OSim ONão
Epilepsia	OSim ONão	Febre escarlate	OSim ONão	Se sim, qual e quando? _____	

Para mulheres somente:

Grávida? OSim ONão Est. data de nas.: \_\_\_\_\_ Amamentando? OSim ONão Tomando anticoncepcional? OSim ONão

Liste os medicamentos que você está tomando e o diagnóstico correspondente: \_\_\_\_\_ Indique suas alergias ao seguinte:

Med: _____	Dose: _____	Frequência: _____	Para: _____	O Aspirina	O Lodine	O Penicilina
Med: _____	Dose: _____	Frequência: _____	Para: _____	O Barbitúricos	O Latex	O Sulfa
Med: _____	Dose: _____	Frequência: _____	Para: _____	O Codeína	O Anestesia Local	
Med: _____	Dose: _____	Frequência: _____	Para: _____	O Outro: _____		

Nome da Farmácia: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Eu atesto que a informação dentária e médica acima é verdadeira e precisa. Eu aceito toda responsabilidade por qualquer informação omitida ao doutor.

Assinatura do Paciente (ou Responsável) : \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_