

Nós esforçamos para fazer a visita de cada criança agradável e confortável. Nosso objetivo é ensinar bons hábitos orais que irão ajudá-las a manter um sorriso bonito e saudável para a vida toda.

Quem o referiu ao consultório? Um Amigo (a) Família Doctor _____
 Outro _____

Sobre seu filho/filha

Nome _____

Sobrenome _____ Sexo _____

Data de Nascimento _____ Idade _____

Escola _____ Ano _____

Endereço _____

Cidade, Estado, Cep _____

Mae Madrasta Guardiao

Nome _____

Telefone Residencial _____

Celular _____

Telefonede Trabalho _____

Corre o Electronico _____

Local de Trabalho _____

Ocupação _____

Father Padre Tutor

Nome _____

Telefone Residencial _____

Celular _____

Telefonede Trabalho _____

Corre o Electronico _____

Local de Trabalho _____

Ocupação _____

Parents' Marital Status

Solteiro (a) Casado (a) Divorciado (a)

Viuvo (a) Separado (a)

Quem esta acompanhando o paciente hoje?

Nome _____

Parentesco _____

Telefone _____

Melhor hora para chamar _____

Informações Sobre Seguro Dentario

Nome do Seguro _____

Relação com o paciente _____

Nascimento _____ Soc. Sec. _____

Local de Trabalho _____

Entrada _____

Ocupação _____

Seguro _____

Grupo _____ Emp. No. _____

Endereço del Seguro _____

Deduzível _____ Max. Beneficio Anual _____

Cobertura Ortodôntica? Sim Não

Seguro Dentario Adicional

Nome do Seguro _____

Parentesco _____

Nascimento _____ Soc. Sec. _____

Local de Trabalho _____

Entrada _____

Ocupação _____

Seguro _____

Grupo _____ Emp. No. _____

Direcção de Seguro _____

Deduzível _____ Max. Beneficio Anual _____

Cobertura Ortodôntico? Sim Não

Historico de Saude (Confidencial)

Historia Medica

Seu filho/filha ja teve ou tem algum(a) da(s) enfermidade(s):

Sopro Cardiaco Sim Não

Cirurgias/Operações Sim Não

Cancer/Tumores Sim Não

Hiperatividade/ ADD Sim Não

Problemas Respiratorios Sim Não

Asma/Dificuldade de respirar Sim Não

Hemofilia Sim Não

Sangramento fora do comum Sim Não

Desmaio/ Ataques/Epilepsia Sim Não

Fissura lábio superior/palato Sim Não

Tuberculose Sim Não

Problemas Psiquiátricos Sim Não

Paralisia cerebral Sim Não

HIV+/AIDS/ARC Sim Não

Diabetes Sim Não

Outro _____

Por favor explique qualquer problemas de saude que seu filho/filha tenha

Seu filho/filha está a tomar qualquer medicina presentemente Sim Não

If yes, please list _____

Ja teve ou tem alergia a:

Latex Tetracycline Penicilina/Amoxicilina

Aspirina Alergias a Alimento Anestesia dental

Outro _____

Habitos da Criança

Com qual frequencia seu filho/filha escova os dentes? _____

Com qual frequencia seu filho/filha usa o fio dental? _____

Data da ultima visita ao Dentista _____

Nome do Ultimo Dentista _____

Nome do Pediatra _____

Telefone _____

Endereco _____

A sua crinaça toma agua com fluor? Sim Não

Seu filho/filha toma suplementos de fluor? Sim Não

Seu filho/filha tem o habito de

Chupar o dedo Sim Não

Chupar/morder os labios Sim Não

Ressonar (roncar) Sim Não

Rangir os dentes Sim Não

Mastigar objetos duros? Sim Não

Visitas de Emergencia

Explique o(s) problema(s):

Que tipo(s) de remedi o(s) seu filho/filha esta tomando para dor?

Informação da pessoa responsável pela conta no consultorio

Nome _____ Parentesco com a criança _____

Endereço para cobrança (se for diferente do residencial) _____

Modo de pagamento: Dinheiro Check pessoal VISA MasterCard _____

Eu autorizo por este meio a atribuição de meus direitos e benefícios do seguro diretamente ao fornecedor dos serviços iniciais rendido. Eu compreendo inteiramente que eu sou unicamente responsável por todo saldo não pago por minha companhia de seguro.

Autorização e Liberação de Informações

Li e entendi as informações acima, respondendo-as corretamente, entendendo que serão usadas no meu tratamento, cobranças e para o processamento dos benefícios do seguro que tenho. Não responsabilizarei o dentista e nenhum dos funcionários por qualquer erro ou omissão que eu possa ter cometido ao preencher este formulário. Eu, sendo pai / responsável pelo paciente solicito e autorizo a equipe dental a prestar serviços dentários necessários para meu filho, incluindo, mas não limitando a radiografias e administração de anestésias que sejam considerados aconselháveis pelo doutor, estando eu presente ou não na consulta quando o tratamento for feito. Também entendo que pagamentos deverão ser efetuados no dia de cada visita, a não ser que outros acordos financeiros sejam estabelecidos. Concordo que sendo responsável pelo paciente, me responsabilizo pelos pagamentos necessários para o tratamento. Aceito completa responsabilidade financeira e, me responsabilizo também por todos pagamentos que não forem efetuados pelo seguro.

Data atualização _____