

Temos o prazer de recebê-lo no nosso consultório. Por favor, tome alguns minutos para preencher este formulário o melhor possível. Nós teremos o prazer em ajudá-lo caso você tiver alguma pergunta.

Como é que voce escutou do nosso consultorio?

Informação do paciente

Nome _____

Sobrenome _____

Sexo M F Casado S N

No. Telefone de trabalho _____

Celular _____

E-mail _____

Método de contato preferido

Telefone de trabalho Celular E-mail

Endereço e no. Telefone de casa

Endereço _____

Cidade _____

Estado _____

Codigo postal _____

No. Telefone de casa _____

Marque a caixa se for o mesmo para toda a família

Seguro 1

Relação ao assinante

Propio Esposo/a Filho/a

Nome de assinante _____

No. De identificação _____

Data de nascimento _____

Companhia de seguro _____

Telefone _____

Firma de trabalho _____

No. E nome de grupo _____

Seguro 2

Relação ao assinante

Propio Esposo/a Filho/a

Nome de assinante _____

No. De identificação _____

Data de nascimento _____

Companhia de seguro _____

Telefone _____

Firma de trabalho _____

No. E nome de grupo _____

Historico dental

Qual é a razão para a sua visita de hoje? _____

Se esta visita for uma emergência, por favor descreva

Ex/atual dentista _____

Data da ultima visita dental _____

Quantas vezes por dia escova os dentes? _____

Quantas vezes por dia passa o fio dental? _____

O paciente esta com dor ou desconforto na articulação do maxilar? Sim Não

O paciente alguma vez teve uma lesão na boca ou queixo? Sim Não

O paciente tem algum problem de linguagem?

O paciente alguma vez teve qualquer reação incomun com injeções dentárias? Sim Não

O paciente alguma vez teve qualquer reação incomun com injeções dentárias? Sim Não

As suas gengivas sangram com facilidade? Sim Não

Você range os dentes? Sim Não

Outras informações sobre o tratamento dental anterior do paciente

Historico médico

Médico do paciente _____

Telefone _____

Data da ultima visita _____

No. Telefone De trabalho _____

O paciente está atualmente sobre o cuidado médico? Sim Não

Por favor, anote quaisquer condições médicas, que o paciente possa ter, incluindo

Asma Sim Não

Problemas hemorrágicos Sim Não

HIV Sim Não

Dores de cabeça Sim Não

Cancer Sim Não

Diabetes Sim Não

Problemas de sinusite Sim Não

História de febre reumática Sim Não

Sopro cardíaco Sim Não

Problemas cardíacos Sim Não

Pressão alta Sim Não

Doença respiratória Sim Não

Anemia Sim Não

Substituição articular Sim Não

Apoplexia Sim Não

Alergias a materiais (látex) Sim Não

Doença renal Sim Não

Doença no fígado Sim Não

Epilepsia Sim Não

Doença da tiróide Sim Não

Gravidez Sim Não

Tratamento psiquiátrico Sim Não

Úlceras Sim Não

Hepatite Sim Não

(Senhoras) Está grávida agora? Sim Não

Se está grávida de quantos meses _____

Você está amamentando? Sim Não

Informação médica adicional _____

Anote alergias a medicamentos, caso existam

Descreva se tiver alergia a medicamentos

Autorização

Eu examinei a informação neste questionário, e está correcta ao melhor de meu conhecimento. Eu entendo que esta informação será usada pelo dentista para ajudar a determinar o tratamento dentário adequado. Se houver qualquer mudança no estado de saúde do paciente, ele deverá informar o dentista. Autorizo a companhia de seguros indicado neste formulário para pagar ao dentista todos os benefícios de seguro por serviços prestados a mim. Eu autorizo o uso desta assinatura em todas as submissões á companhia de seguros. Eu autorizo o dentista a liberar todos os dados necessários para assegurar o pagamento de benefícios. Eu entendo que eu sou financeiramente responsável por todos os encargos não pagos pela companhia de seguros.

Assinatura _____ Data _____