

A data de hoje: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## INFORMACOES PESSOAIS

Nome Do Paciente: \_\_\_\_\_

Número de segurança social: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Genero: Masculino  Feminino

Endereço: \_\_\_\_\_ Apt. \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone de Casa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Empregador: \_\_\_\_\_ Telefone do Trabalho: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Casado (a)  Solteiro (a)  Outro

Nome do responsável legal (Se o paciente for menor de 18 anos): \_\_\_\_\_

Como você ficou sabendo sobre esse escritório? TV  Rádio  Imprimir  Internet  Outro

## INFORMACOES SOBRE SEGUROS

Se você tem seguro, por favor preencha as seguintes informações:

Companhia de seguros: \_\_\_\_\_ Nome do segurado Primário: \_\_\_\_\_

Número de segurança social:: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## CONTATO DE EMERGENCIA

Em caso de emergencia, quem podemos contactar?

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relacionamento: \_\_\_\_\_

Eu entendo que sou responsável pelo pagamento de Gentle Dental para qualquer tipo de tratamento realizado neste escritório, no meu caso o pagamento do seguro deve negligenciar.

Eu entendo que sou responsável por qualquer saldo remanescente. Também vou assumir a responsabilidade por eventuais saldos devido a qualquer agência de cobrança. Se qualquer prótese (pontes, coroas, dentaduras) não são capazes de ser concluída devido a pacientes perderam compromissos, o paciente vai ser responsabilizado.

Uma taxa de \$ 50 será cobrada na conta do paciente, se o aviso de cancelamento não é dada 24 horas antes da nomeação.

Eu autorizo Gentle Dental para apresentar reivindicações dental para minha companhia de seguros dentários a fim de obter pagar o meu tratamento dentário.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente  
Ou Nome do responsável (Se paciente for menor de 18 anos)

\_\_\_\_\_  
Data

## HISTORICO MEDICO

1. Nome, endereço e telefone do seu médico: \_\_\_\_\_
2. Você está em bom estado de saúde \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
3. Tem ou já teve algum desses problemas de saúde? \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- A. Febre reumática ou doença reumática do coração \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- B. Lesão congênitas do coração \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- C. Doenças cardiovasculares (transparência de coração, ataque cardíaco, insuficiência cardíaca, trombose, pressão baixa, arteriosclerose, derrame cerebral) \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- D. Marca passo \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- E. Sinosite \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- F. Asma \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- G. Problemas Neurológicos (epilepsia, tonturas, desmaios) \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- H. Diabetes \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- I. Doença do fígado (hepatite) \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- J. Artrite \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- K. Úlcera no estômago \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- L. Problema intestinais \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- M. Transplante de rins \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- N. Transplante pulmonares \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- O. Doença venéreas \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- P. Distúrbio sanguíneo, por exemplo anemia \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- Q. Existe alguém em sua família que tem diabetes? \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- R. Depois de uma ferida você sangra em excesso? \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- S. Outros problemas? \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
4. Já foi hospitalizado por alguma doença? \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- Se sua resposta foi sim, qual foi o motivo? \_\_\_\_\_
5. Você está sob algum tratamento médico? \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
6. Está tomando alguns dos seguintes medicamentos? \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- A. Antibióticos ou sulfas \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- B. Anticoagulantes (para diluir o sangue) \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- C. Medicamentos para pressão alta \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- D. Esteróides (cortisona) \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- E. Tranquilizantes \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- F. Analgésicos (para dor-aspirina, codeína) \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- G. Antihistamínicos \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- H. Insulina, Talbutamina (urinase) \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- I. Digital ou drogas para transplante do coração \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- J. Nitroglicerina \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- K. Sedativos (pílulas para dormir, barbitúricos) \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- L. Outros \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
7. Você é alérgico ou sofreu algum tipo de reação a: \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- A. Anestesia local \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- B. Penicilina ou outros antibióticos \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- C. Sulfa \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- D. Sedativos (pílulas para dormir, barbitúricos) \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- E. Aspirina \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- F. Narcótico \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
- G. Outros Medicamentos \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
8. Esteve em contato com radiação excessiva recentemente? \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**
9. Para mulheres: Você está grávida? Se a resposta é SIM. De quantos meses? \_\_\_\_\_ **Sim**  **Não**

\_\_\_\_\_

**Assinatura do paciente**

**Ou Nome do responsável (Se paciente for menor de 18 anos)**

\_\_\_\_\_

**Data**