

Bem vindo ao nosso consultório! Por favor, tire alguns minutos para completar este formulario de melhor forma possivel. Qualquer dúvida, fale conosco.

Informação do paciente

Data	<input type="text"/>
Tel. Fixo	<input type="text"/>
Tel. Celular	<input type="text"/>
Nome Completo	<input type="text"/>
Data de Nascimento	<input type="text"/>
Idade	<input type="text"/>
SS/HIC/Patient ID#	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>
Endereço	<input type="text"/>
Cidade	<input type="text"/>
Estado	<input type="text"/>
CEP	<input type="text"/>
Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Seperado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viuvo
Cargo/Função	<input type="text"/>
Telefone	<input type="text"/>
Endereço de Escola	<input type="text"/>
Cidade	<input type="text"/>
Estado	<input type="text"/>
CEP	<input type="text"/>
A quem podemos agradecer por ter te indicado?	<input type="text"/>
Em caso de emergência, entrar em contato com	<input type="text"/>
Telefone	<input type="text"/>

Seguro Dentário

Pessoa responsável pelo seguro	<input type="text"/>
Grau de parentesco	<input type="text"/>
ID#/SS#	<input type="text"/>
Telefone	<input type="text"/>
Data de Nascimento	<input type="text"/>
Endereco	<input type="text"/>
Cidade	<input type="text"/>

Estado

CEP

Emprego

Cargo/Função

Telefone

Endereço

Cidade

Estado

CEP

Companhia de Seguro

Número do Grupo

Número do Assinante

Número de outros dependentes
abaixo dessa cobertura

Histórico Dentário

Razão pela visita

Antigo Dentista

Última visita ao Dentista

Última data de raio-x

Endereço

Cidade

Estado

CEP

Verifique se voce a tem um dos
seguintes problemas

- Sensibilidade à quente/frio
- Sensibilidade ao morder
- Sensibilidade a doces
- Dentes com mobilidade
- Obturação quebrada
- Tratamento Periodontal
- Mau hálito
- Bruxismo
- Sangramento na gengiva
- Dor Mandibular
- Resíduos de alimentos entre os dentes
- Feridas ou crescimentos em sua boca

Histórico Médico

Médico Geral

Última visita

Você já usou remédio de
bifosfonado? Alguns nomes
comuns são: Fosomas, Actonel,
Didronel, Boniva

- Sim Não

Você já tomou qualquer um
desses grupos de remédios ao
mesmo tempo referido como
"fen-phen", que incluem
combinações de lomin, Adipex,

- Sim Não

Fastin (marcas de phentermine),
Pondimin (fenfluramine) e
Reddix (dexfenfluramine)?

Você já teve alguma doença ou
já se submeteu à cirurgia? Sim Não

Se for sim, descreva

Você já se submeteu à
transfusão de sangue? Sim Não

Se for sim, quando?

(Mulheres) Você está grávida? Sim Não

Amamentando? Sim Não

Anticoncepcionais? Sim Não

Verifique se você tem ou já teve
um dos seguintes

- Anemia Asma Diabetes Artrite, Reumatismo
- Articulação Tempromandibular Epilepsia
- Problemas de Juntas Problemas de Coluna
- Desmaios Doença Arterial Glaucoma
- Erupções Cutâneas Problemas Circulatórios
- Hemophilia Quimioterapia Dependência Química
- HIV, AIDS Tratamentos com Cortisona
- Tosse Persistente Hepatite Tosse com Sangue
- Dores de Cabeça Câncer Sopro Cardíaco
- Problemas Cardíacos Hipertensão Marcapasso
- Prolapso de Válvula Mitrál Doença Renal Doença Hepática
- Escariatina Tratamento da Radiação Febre Reumática
- Falta De Ar Problemas de Tirióide
- Acidente Vascular Cerebral Inchaço nos Pés e Tornozelos

Medicamentos que você está
tornando?

Alergias

Autorização

Eu afirmo que eu e/ou meu(s) dependente(s), temos cobertura de seguro com e dou diretamente à Dr(a) todos os benefícios do seguro, (se houver seguro), caso contrário me responsabilizo pelo tratamento feito. Eu entendo que eu sou financeiramente responsável por todos os custos, pagos ou não pelo seguro. Dou autorização da minha assinatura a todas emissões ao seguro. O nome do dentista acima esta autorizado a usar as minhas informações médicas, e divulgar tais informações a companhia de seguro acima mencionada e aos seus agentes, com propósito de obter pagamentos/benefícios pelo(s) serviço(s).

Assinatura do paciente ou responsável.

Data de hoje:

Nome do paciente ou responsável:

Relação com o paciente: