

**INFORMAÇÕES DO PACIENTE – PARA PACIENTES COM MENOS DE 18 ANOS DE IDADE**

Data \_\_\_\_\_

Nome do paciente \_\_\_\_\_

Sobrenome

Nome

Nome do meio

Apelido \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Rua

Cidade

Estado

CEP

Telefone residencial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefone celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Endereço de E-mail \_\_\_\_\_

Língua Preferida: Inglês \_\_\_\_\_ Espanhol \_\_\_\_\_ Português \_\_\_\_\_ Outra \_\_\_\_\_

Escola \_\_\_\_\_ Esportes/Hobbies \_\_\_\_\_

A quem podemos agradecer por ter indicado o nosso consultório? \_\_\_\_\_

Dentista \_\_\_\_\_ Membro da Família \_\_\_\_\_ Amigo \_\_\_\_\_ Outro \_\_\_\_\_ (Google, Yahoo, Yelp, Website, Mídia Social, Healthgrades, Associação Americana de Ortodontistas, Conselho Americano de Ortodontia)

**INFORMAÇÃO DOS PAIS**

Nome da mãe \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_

Sobrenome

Nome

Nome do meio

Endereço \_\_\_\_\_

Rua

Cidade

Estado

CEP

Telefone residencial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefone celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Endereço de E-mail \_\_\_\_\_

Empregador \_\_\_\_\_ Ocupação \_\_\_\_\_ Telefone de trabalho (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nome do pai \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_

Sobrenome

Nome

Nome do meio

Endereço \_\_\_\_\_

Rua

Cidade

Estado

CEP

Telefone residencial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefone celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Endereço de E-mail \_\_\_\_\_

Empregador \_\_\_\_\_ Ocupação \_\_\_\_\_ Telefone de trabalho (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Estado civil dos pais: Solteiro/a \_\_\_\_\_ Casado/a \_\_\_\_\_ Separado/a \_\_\_\_\_ Divorciado/a \_\_\_\_\_ Viúvo/a \_\_\_\_\_

Contato primário: Mãe \_\_\_\_\_ Pai \_\_\_\_\_ Pagador da fatura \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÃO DO PAGADOR DA FATURA**

Nome \_\_\_\_\_

Sobrenome

Nome

Nome do meio

Endereço \_\_\_\_\_

Rua

Cidade

Estado

CEP

Telefone residencial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefone celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Endereço de E-mail \_\_\_\_\_

Empregador \_\_\_\_\_ Ocupação \_\_\_\_\_ Telefone de trabalho (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÃO DE SUGURO DENTAL**

Nome da seguradora \_\_\_\_\_ Número de telefone da seguradora (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Endereço da seguradora \_\_\_\_\_

Rua

Cidade

Estado

CEP

Nome do segurado \_\_\_\_\_ Data de Nascimento do segurado \_\_\_\_\_

ID Nº do cartão ou Nº do Seguro Social do segurado \_\_\_\_\_ Nº do Grupo \_\_\_\_\_

Relação do segurado com o paciente \_\_\_\_\_

Você espera que o seu seguro mude dentro dos próximos 6 a 12 meses? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

## HISTÓRICO MÉDICO

Marque qualquer das condições médicas abaixo que o paciente teve ou tem atualmente:

- |  |  |
|--|--|
| Sim__ Não__ Sangramento anormal          | Sim__ Não__ Hepatite                     |
| Sim__ Não__ TDHA                         | Sim__ Não__ Pressão Alta                 |
| Sim__ Não__ Anemia                       | Sim__ Não__ HIV/AIDS                     |
| Sim__ Não__ Artrite                      | Sim__ Não__ Hospitalização               |
| Sim__ Não__ Asma                         | Sim__ Não__ Problemas de rim/fígado      |
| Sim__ Não__ Osso/Articulação Artificial  | Sim__ Não__ Lupus                        |
| Sim__ Não__ Válvula Cardíaca Artificial  | Sim__ Não__ Prolapso da Válvula Mitral   |
| Sim__ Não__ Câncer                       | Sim__ Não__ Problemas Psiquiátrico       |
| Sim__ Não__ Quimioterapia                | Sim__ Não__ Radioterapia                 |
| Sim__ Não__ Defeito Cardíaco Congênito   | Sim__ Não__ Escarlatina/Febre Reumática  |
| Sim__ Não__ Diabetes                     | Sim__ Não__ Convulsões                   |
| Sim__ Não__ Dificuldade Respiratória     | Sim__ Não__ Sinusite                     |
| Sim__ Não__ Epilepsia                    | Sim__ Não__ Acidente vascular encefálico |
| Sim__ Não__ Desordem Gastrointestinal    | Sim__ Não__ Problemas de Tireóide        |
| Sim__ Não__ Deficiências/Incapacidades   | Sim__ Não__ Tuberculose                  |
| Sim__ Não__ Deficiência auditiva         | Sim__ Não__ Doença Venérea               |
| Sim__ Não__ Problema/Cirurgia do Coração | Sim__ Não__ Alergias _____               |
| Sim__ Não__ Sopro no Coração             |  |

Se você marcou SIM para alguma das situações acima, por favor, explique: \_\_\_\_\_

O paciente teve qualquer doença, cirurgia ou condição médica não listada acima? \_\_\_\_\_

Por favor, liste todos os medicamentos que você toma: \_\_\_\_\_

Você é alérgico a qualquer um dos seguintes itens:

- Medicamentos: \_\_\_\_\_
- |                                   |  |                                |                                      |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acrílico | <input type="checkbox"/> Codeína               | <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> Penicillina |
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Anestésicos dentários | <input type="checkbox"/> Metal | <input type="checkbox"/> Plástico    |

## HISTÓRICO ODONTOLÓGICO

- |   |   |
|---|---|
| Sim__ Não__ Lesões na face/dentes             | Sim__ Não__ Dor/ruídos na articulação (ATM)         |
| Sim__ Não__ Experiência dental desconfortável | Sim__ Não__ Respiração bucal                        |
| Sim__ Não__ Falta de dentes                   | Sim__ Não__ Doença periodontal/sangramento gengival |
| Sim__ Não__ Dente extra                       | Sim__ Não__ Reabsorção radicular                    |
| Sim__ Não__ Sucção do dedo/polegar            | Sim__ Não__ Problemas de fala                       |
| Sim__ Não__ Deglutição atípica                | Sim__ Não__ Outros tratamentos ortodônticos         |
| Sim__ Não__ Apertar ou ranger os dentes       | Sim__ Não__ Você gosta do seu sorriso?              |

Data da última consulta odontológica do paciente: \_\_\_\_\_

Nome e número de telefone do dentista do paciente: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nome Número de Telefone

Eu entendo que a informação que dei hoje é correta segundo o meu melhor conhecimento. Eu também entendo que esta informação será mantida com a maior confidencialidade e é minha responsabilidade informar este consultório de quaisquer alterações no meu status. Autorizo a equipe odontológica a executar quaisquer serviços odontológicos necessários para o meu filho/filha durante o diagnóstico e o tratamento com o meu consentimento informado.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data

## PARA USO DO CONSULTÓRIO

Eu conferi oralmente as informações médicas/odontológicas do paciente acima qualificado.

Comentários do médico \_\_\_\_\_ Iniciais \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_