

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 _____