

Bem vindo ao nosso consultorio. Por favor preencha este formulario.
Em caso de alguma pergunta teremos muito prazer em o(a) ajudar.

Jorge E. Vallejo, DMD

HISTORICO DO PACIENTE
(POR FAVOR PREENCHA)

Data _____ Email _____

Nome _____
Sobrenome _____ Primeiro _____ Inicial _____ Preferido _____

Endereço _____ Cidade _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Telefone (_____) _____ Celular (_____) _____

Sexo: M F Data de Nascimento ____/____/____
mes dia ano Casado(a) Viúvo(a) Solteiro(a)
 Separado(a) Divorciado(a) Menor

Empregador/Escola _____ Ocupação _____

Endereço do Emprego/Escola _____ Telefone de Emprego/Escola (_____) _____

Nome de Esposo(a)/Pais _____ Data de Nascimento -Esposo(a)/Pais ____/____/____

Numero Social Sec. do Paciente/TIN _____ Numero Social Sec.-Esposo(a)/Pais/TIN _____

Seguro Dental - Nome & Telefone # _____ Grupo# _____

Em caso de emergência, quem devemos notificar? _____ Tele (_____) _____

Quem podemos agradecer pela referencia? _____

HISTORICO MEDICO

Nome do seu medico _____ Data de último físico ____/____/____

PREENCHA:

SIDA	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tosse(Persistente/Sangue)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Problemas Nervosos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Anemia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tratamento de radiação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Angina de Peito	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Enfisema Pulmonar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Febre reumática	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Arteriosclerose	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Convulsões	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Artrite, Reumatismo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Desmaios/Tonturas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Anemia Hereditaria (Sickle)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Válvula Artificial-Coração	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tomas Aspirina	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Articulações Artificiais	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Ataque Cardíaco	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tomas Medicação Dieta	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Asma	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Sopro Cardíaco	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Problemas de Tiróides	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Sangramento Gingival	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Marca-passo - Coração	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Doença de Sangue	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Cirurgia de Coração	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tumores	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Transfusão de Sangue	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Úlceras	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cancer	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Hepatite (Tipo A,B,C)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<u>Você e alérgico a:</u>	
Dependência Química	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pressão Alta	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Ibuprofen	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	HIV (HIV Positivo)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Látex	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Colesterol	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dor no maxilar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Penicilina	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Válvula congênita-Coração	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Doença de Rim	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Outro	_____
Não		Doença de Fígado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Tratamentos de cortisona	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Prolapso Mitral de Válvula	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

Escovas seus dentes pelo menos 3x ao dia? Sim Não

Já tivestes alguma reação desfavorável a tratamento médico ou dental? Sim Não

Esta tomando medicação? Sim Não Nome dos medicamentos? _____

Esta você sobre o cuidado de um médico? Sim Não Se sim, que condição? _____

Você suspeita que está grávida? Sim Não Toma pílula anticoncepcional? Sim Não

CERTIFICAÇÃO

Ao melhor de meu conhecimento, as informações fornecidas neste formulário estão completas e corretas. Eu entendo que é minha responsabilidade informar meu médico se eu ou a criança menor tem uma mudança em saúde.

CONSENTIMENTO DE MENOR/CRIANÇA

Eu sou o pai, guardião, ou representante pessoal de _____ E não há nenhuma ordem de tribunal agora em efeito que proíbe-me de assinar este consentimento. Eu solicito e autorizo o pessoal dental para executar serviços dentários necessários para a criança chamado acima, inclusive e não limitado a radiografias, e administração de anestésicos, que são consideradas aconselháveis pelo médico, se eu estou ou não presente quando o tratamento é administrado.

SEGURO DENTARIO

Seu seguro é um contrato entre você, seu empregador e a sua seguradora. Nós não participamos nesse contrato. **Nós não participamos com NENHUM plano de seguro dentario.** Nós estamos dispostos a ajudá-lo a receber seus benefícios admissíveis máximos processando seus benefícios de seguro para você. Para realizar estas metas, nós necessitamos seu auxílio. É sua responsabilidade de verificar seus benefícios dentários que serão realizados neste consultório. Nem todos os serviços dentários são aceitos pela companhia de seguros. Algumas seguradoras arbitrariamente selecionam certos serviços que eles não cobrirão. Nós devemos enfatizar que como um provedor dentario, nosso relacionamento está com você, não com o seu seguro. Nos processamos seu seguro por cortesia que nos estendemos a nossos pacientes, todas os pagamentos são sua responsabilidade na data que os serviços são realizados. Sua assinatura abaixo nos autoriza a usá-la em todas submissões de seguros e permite designação de benefícios que iremos receber do seguro. Nossas regras de pagamento são como segue:

1. O paciente em qual a companhia de seguros enviam pagamento diretamente a pessoa terá que pagar seu tratamento no dia realizado.
2. O paciente cujo companhia de seguros enviam pagamento a nosso escritório terá que pagar a porcao (se aplicável) do restante do balanço do seu tratamento no dia realizado.

ACORDO FINANCEIRO

Eu reconheço que o pagamento é rendido no dia do tratamento realizado.. Eu aceito responsabilidade financeira plena para todos os services dentários fornecidos a mim ou ao meu dependente. Os pagamentos podem ser feitos por dinheiro, cheque ou cartão de crédito. Nós também participamos com Care Credit, que é semelhante a um cartão de crédito e usado somente para tratamento dentario. **Uma multa de \$30 será imposta com cheques retornados por fundos insuficientes**

HORA MARCADA

Se você cancelar uma hora marcada com menos de 24 horas ou não comparecer no seu horário marcado, haverá uma multa de \$60 pela hora perdida em nossa agenda.

A assinatura do Paciente/Pai, Guardiã ou Representante Legal

Data

Escreva nome do Paciente/Pai, Guardiã ou Representante Legal

Relacionamento ao Paciente

Office Use:

MEDICAL HISTORY UPDATE

Date _____ Has there been any change in the patient's health since the last dental appointment? Yes No

For what conditions? _____

Is the patient taking any new medications? Yes No If so, what? _____

Patient/Guardian's Initials _____

MEDICAL HISTORY UPDATE

Date _____ Has there been any change in the patient's health since the last dental appointment? Yes No

For what conditions? _____

Is the patient taking any new medications? Yes No If so, what? _____

Patient/Guardian's Initials _____