

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 • Kathleen Gilmore, 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	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tratamento de radiação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Anemia	<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
Angina de Peito	<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
Arteriosclerose	<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
Artrite, Reumatismo	<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
Válvula Artificial-Coração	<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
Articulações Artificiais	<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
Asma	<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
Sangramento Gingival	<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
Doença 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
Transfusão de Sangue	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Hepatite (Tipo A,B,C)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b><u>Você e alérgico a:</u></b>	
Cancer	<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
Dependência Química	<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
Quimioterapia	<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
Colesterol	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Doença de Rim	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Outro	_____
Válvula congênita-Coração	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Doença de Fígado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Tratamentos de cortisona	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Prolapso Mitril de Válvula	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Tosse	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Problemas Nervosos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

Já tiveste reação negativa a tratamento médico ou dental?  Sim  Não Explique: \_\_\_\_\_

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 nesta forma 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 tribunais agora em efeito que proíbe-me de assinar este consentimento. Eu solicito e autorizo o pessoal dental para executar serviços dentais necessários para a criança chamado acima, inclusive e não limitado a radiografias, e administração de anestésicos, que são consideradas aconselhável pelo médico, se eu estou ou não presente quando o tratamento é feito.

### A APÓLICE DE SEGURO

Seu seguro é um contrato entre você, seu empregador e a seguradora. Nós não participamos nesse contrato. Nós não participamos com NENHUM plano. Nós estamos dispostos a ajudá-lo receber seus benefícios admissíveis máximos processando suas afirmações de seguro para você. Para realizar estas metas, nós necessitamos seu auxílio. É sua responsabilidade de verificar seus benefícios dentários para serviços representados nesta facilidade. Nem todos os serviços dentários são um benefício aceitos em todos os contratos. Algumas seguradoras arbitrariamente selecionam certos serviços que eles não cobrirão. Nós devemos enfatizar que como um fornecedor dental de cuidado, nosso relacionamento está com você, não a sua seguradora. Ao arquivar de afirmações de seguros é uma cortesia que nós estendemos a nossos pacientes, todas as cargas são sua responsabilidade da data que os serviços são deixados. Sua firma abaixo de autorizar nos usá-lo em todas as submissões de seguros e permite designação de benefícios se nós somos receber o pagamento de seguros. Nossa apólice de pagamento é como segue:

1. O paciente em qual a companhia de seguros enviam pagamento diretamente a pessoa terá que pagar seu tratamento no tempo de serviço
2. O paciente cujo companhia de seguros enviam pagamento a nosso escritório terá que pagar o dedutível (se aplicável) e o restante do balanço para seu tratamento no tempo do tratamento dentário

### ACORDO FINANCEIRO

Eu reconheço que o pagamento está devido no tempo de tratamento. Eu aceito responsabilidade financeira plena para todos os serviços 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 dental. Uma multa de \$30 será imposta com cheques retornados por fundos insuficientes

### HORA MARCADA

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

\_\_\_\_\_

A firma do Paciente/Pai, Guardião ou Representante Legal

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Escreva nome do Paciente/Pai, Guardião 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 \_\_\_\_\_