



Data: _____

Sobre o seu Filho (a)

Nome do paciente: _____

Data de nascimento : _____ Idade: _____ Sexo : M F

Escola: _____ Atividades / Esportes : _____

Endereço : _____

Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tel.: _____

E-Mail : _____

Quem nos recomendou ou como nos descobriu? : _____

Sobre Você

Nome: _____ Relação ao paciente: _____

Irmãos ou irmãs (com idade) : _____

Estado Civil: Casado(a) Separado(a) viúvo (a)

Sobre a Mãe :

Nome: _____ Data de nascimento : _____

Tel.: _____ Tel. Celular : _____

Empregador : _____ NISS (Social Security) _____

Sobre o Pai :

Nome: _____ Data de nascimento : _____

Tel.: _____ Tel. Celular : _____

Empregador : _____ NISS (Social Security) _____

Contato de Emergência

Nome: _____ Relação ao paciente _____

Tel: _____

Informação sobre o Seguro

Seguradora : _____ Tel.: _____

Numero de Identificação: _____ Nome do segurado: _____

Data de nascimento : _____ NISS (Social Security) : _____

Relação ao paciente: _____

Cessão e Transferência

Certifico que eu e/ou o(s) meu(s) dependente(s), Possuí(possuímos) cobertura com a seguradora anteriormente referida e atribuímos todos os benefícios no âmbito do seguro, caso existam, diretamente a Dr.Dental, caso exista, por serviços prestados. Compreendo que sou financeiramente responsável por todos os encargos, quer estes sejam ou não pagos pelo seguro. Autorizo utilização da minha assinatura em todas apresentações de pedido de seguro.

Histórico de Saúde

Qual e a razão para a visita de hoje? _____

Data da ultima visita: _____ Nome do seu dentista: _____

O seu filho(a) esta faltando algum dente ou tem dente extra? Sim Não

O seu filho(a) teve algum acidente na face, ou na área da boca ou queixo? Sim Não

O seu filho(a) escova os dentes todos os dias? Sim Não

O seu filho(a) tem algum dos seguintes:

Gengiva que sangra Sim Não

Queixo que estrala ou faz barulho Sim Não

Usa aparelho Sim Não

Dentes abiturados ou dentes moles Sim Não

Obturações quebradas Sim Não

Roe Unha Sim Não

Arrasta o dente Sim Não

Tratamento de Periodontia Sim Não

Respira pela boca Sim Não

Problema para falar? Sim Não

Assinatura do paciente ou guardião

Nome do paciente ou guardião

Data

Relação ao paciente

Assinale "Sim" ou "não" com um circulo para indicar se padece ou já padeceu com seguintes doenças:

SIDA/VIH	Sim Não		
Anemia	Sim Não	Artrite	Sim Não
Válvulas cardíacas artificiais	Sim Não	Asma	Sim Não
Diabetes	Sim Não	Desmaios ou tonturas	Sim Não
Epilepsia	Sim Não	Tratamento por radicado	Sim Não
Hepatite de tipo ____	Sim Não	Acidente Vascular cerebral	Sim Não
Sopro cardíaco	Sim Não	Problemas no sistema nervoso	Sim Não
Hemorragia anormal	Sim Não	Câncer	Sim Não
Doença respiratória	Sim Não	Drogas ou abuso de álcool	Sim Não
Sinusite	Sim Não	Cirurgias	Sim Não
Tuberculose	Sim Não	Juntas artificiais	Sim Não
Úlceras	Sim Não	Esta a amamentar	Sim Não

Algum medicamento? _____

Nome e numero de medico: _____

Começou menstruação? (meninas) Sim Não

Quando? _____

Alergias – Circule as alergias indicadas ou refira outras não indicadas

Aspirina Sim Não Iodo Sim Não Penicilina Sim Não Codeína Sim Não
Barbitúricos Sim Não Látex Sim Não Anestésico local Sim Não Outras Alergias: _____

Assinatura do Paciente

Data