



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 menstruacao? ( 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