


IRONBOUND



BRACES

Data: _____

Sobre Você

Nome : _____

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

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

Endereço : _____

Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

NISS (Social Security): _____

Tel.: _____

E-Mail : _____

Empregador: _____ Ocupação: _____

Quanto tempo nesse trabalho ? _____ Qual são as melhores horas para entrar em contato com você ? _____

Quem nos recomendou ou como nos descobriu? : _____

Sobre o seu Cônjuge

Nome : _____

Data de nascimento : _____ Sexo : M F NISS (Social Security): _____

Empregador: _____ Tel. : _____

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) , Possui(possuimos) 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: _____

Esta Tomando algum medicamento ? Sim Não

Qual? _____

Para Mulheres: Você esta tomando algum tipo de anticoncepcional ? Sim Não

Você esta grávida ? Sim (quantas semanas? _____) Não

Esta amamentando ? Sim Não

Você esta faltando algum dente permanente , ou algum dente extra ?

Você tem algum dos seguintes :

- | | | | |
|-----------------------------------|---|---------------------------|---|
| Gengiva que sangra | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Roe Unha | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Queixo que estrala ou faz barulho | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Arrasta o dente | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Usa aparelho | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Tratamento de Periodontia | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Dentes abiturados ou dentes moles | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Respira pela boca | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Obturações quebradas | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Problema para falar? | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |

Assinatura

Nome

Data

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

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

Algum medicamento ? _____

Nome e numero de medico: _____

Alergias – Circule as alergias indicadas ou refira outras não indicadas

- | | | | | | | | |
|--------------|---|-------|---|------------------|---|-------------------|---|
| Aspirina | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Iodo | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Penicilina | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Codeína | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Barbitúricos | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Látex | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Anestésico local | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Outras Alergias : | _____ |

Assinatura

Data