

## INFORMAÇÃO PACIENTE

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
Dure Primeiramente

Meio Do Nickname Inicial \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: sexo de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ : Fêmea  
Masculina Do \_\_\_\_ Do \_\_\_\_

Social Segurança #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Home  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: estado do \_\_\_\_\_: fecho de correr do  
\_\_\_\_\_:

Email  
Endereço: \_\_\_\_\_

Home Telephone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Trabalho Telephone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Ext: \_\_\_\_\_

Employer/School \_\_\_\_\_ de

### Faturamento Endereço (faixa clara se seu endereço home for seu endereço do faturamento)

Faturamento  
Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: estado do \_\_\_\_\_: fecho de correr do \_\_\_\_\_:

### Emergência Contato

Nome: \_\_\_\_\_  
Último Primeiramente

Home Telephone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Móvel Telephone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Garantor (faixa clara se você são o paciente e o guarantor de seu cliente)

Relacionamento ao  
paciente: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
Último Primeiramente

Data de Nascimento: sexo de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sexo: Feminino \_\_\_\_ Masculino: \_\_\_\_

Número do Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Cep: \_\_\_\_\_:

Telefone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Telefone do Trabalho: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Ext: \_\_\_\_\_

### Autorização Do Seguro/Consentimento Financeiro Da Política

Eu sou o paciente citado acima (ou guardião legal) e o guarantor deste cliente.  
Eu autorizo a equipe de funcionários executar serviços dentários necessários.

Dental Registration and History (Portuguese).doc© 2005 Oral Surgical Specialists, LLC.

## SEGURO

SELECIONE O TIPO DE SEGURO QUE VOCÊ TEM, SE ALGUNS:

Dental: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_ ambos: \_\_\_\_\_ Nenhum Seguro: \_\_\_\_\_

**Dental** (detalhes do endereço da licença, etc.. espaço em branco se mesmo que a informação paciente)

PACIENTE::

Companhia de seguro: \_\_\_\_\_

Empregador: \_\_\_\_\_

Número do Seguro Dentário: \_\_\_\_\_

Relacionamento com o paciente: \_\_\_\_ Filho: \_\_\_\_ O próprio \_\_\_\_  
Outro \_\_\_\_

Casado: \_\_\_\_ Nenhum Do \_\_\_\_ Sim Handicapped: Do \_\_\_\_ No. Do \_\_\_\_  
Sim

Faculdade: \_\_\_\_\_

City/State: \_\_\_\_\_

(se Estudante) (Faculdade)

SUBSCRIBER/EMPLOYEE (SE DIFERENTE DO PACIENTE INFORMAÇÃO)

Nome: \_\_\_\_\_  
Último Primeiramente

Data de Nascimento: sexo de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ : Fêmea Masculina  
Do \_\_\_\_ Do \_\_\_\_

Número do Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_  
(em registros do seguro se diferente do endereço paciente)

Cidade: estado do \_\_\_\_\_: fecho de correr do  
\_\_\_\_\_ (em Registros do seguro se diferente do endereço paciente)

Telefone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

PARA USO INTERNO SOMENTE

Grupo #: \_\_\_\_\_ deductible: \$ \_\_\_\_\_

Benefícios: \$ \_\_\_\_\_ Beneficia-se À esquerda:

\$ \_\_\_\_\_

**Médico** (endereço da licença detalhes, etc.. espaço em branco se mesmo que acima)

PACIENTE/SUBSCRIBER

Companhia De Seguro: \_\_\_\_\_

Empregador: \_\_\_\_\_

Subscritor Id: \_\_\_\_\_

Relacionamento ao paciente: \_\_\_\_ Da Criança Do \_\_\_\_ Do Esposo Do \_\_\_\_  
Do Self Do \_\_\_\_ Outro

Casado: Do \_\_\_\_ Nenhum Do \_\_\_\_ Sim Handicapped: Do \_\_\_\_ No. Do \_\_\_\_  
Sim

Faculdade: \_\_\_\_\_

City/State: \_\_\_\_\_

(se Estudante) (Faculdade)

SUBSCRIBER/EMPLOYEE (SE DIFERENTE DO PACIENTE INFORMAÇÃO)

Nome: \_\_\_\_\_  
Último Primeiramente

Data de Nascimento: sexo de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ : Fêmea Masculina  
Do \_\_\_\_ Do \_\_\_\_

Número do Social : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

## INFORMAÇÃO PACIENTE HISTORY MÉDICO

Eu li e aceito a política financeira de DSP e reconheço-a que o paciente a parcela é devida na altura do serviço. Eu autorizo o uso de minha assinatura em todas as reivindicações de seguro. Eu compreendo e reconheço que eu sou responsável por todo balanço se não for pago pelo seguro. Eu compreendo esta reivindicação da minha companhia de seguro não me tira a minha responsabilidade para o pagamento do meu tratamento.

**Paciente  
(ou guardião)**

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Cep: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

*PARA USO INTERNO SOMENTE*

Grupo #: \_\_\_\_\_ deductible: \$ \_\_\_\_\_

Benefícios: \$ \_\_\_\_\_ Beneficia-se À esquerda:

\$ \_\_\_\_\_

## HISTORY DENTAL

Paciente Nome: \_\_\_\_\_ Estalar ou maxila estalando  Sim  Não Ortodôntico tratamento  Sim  Não

Razão para Visita: \_\_\_\_\_ Boca seca  Sim  Não Dor em torno da orelha  Sim  Não

Geral Dentista: \_\_\_\_\_ Endodontic tratamento  Sim  Não Peridental tratamento  Sim  Não

Endereço Do Dentista: \_\_\_\_\_ Unha morder  Sim  Não Perfuração (lingüeta, bordo)  Sim  Não

Dentista City/State: \_\_\_\_\_ Alimento coleção entre os dentes  Sim  Não Sensibilidade ao frio  Sim  Não

Dentista Telefone: \_\_\_\_\_ do Moer dentes  Sim  Não Sensibilidade ao calor  Sim  Não

*Coloque a marque em "sim ou" nenhum "para indicar se você tiver teve algum do seguinte:*

Respiração má  Sim  Não Gums inchado ou macio  Sim  Não Sensibilidade aos doces  Sim  Não

Sangramento gums  Sim  Não Dor da maxila ou tiredness  Sim  Não Sensibilidade ao morder  Sim  Não

Bolhas nos bordos  Sim  Não Bordo ou morder do mordente  Sim  Não Sores ou crescimentos na boca  Sim  Não

Queimadura sensation na lingüeta  Sim  Não Frouxo dentes ou enchimentos quebrados  Sim  Não Sabedoria dentes extraídos  Sim  Não

Mastigação sobre um lado da boca  Sim  Não Boca respirar  Sim  Não Faça-o floss seus dentes regularmente? \_\_\_\_\_

Cigarro, tubulação, ou fumar do charuto  Sim  Não Boca dor, escovando  Sim  Não Faça-o escove seus dentes regularmente? \_\_\_\_\_

Oral tratamento da cirurgia  Sim  Não Data de últimos raios ? \_\_\_\_\_

## HISTORY MÉDICO

Médico Nome: \_\_\_\_\_ Data da última visita: \_\_\_\_\_

Tem você feito exame sempre algum do grupo das drogas consultou coletivamente a como "fen-phen-phen"? estes incluem combinações do Ionimin, Adipex, Fastin (tipo nomes do phentermine), do Pondimin (fenfluramine) e do Redux (dexfenfluramine). Do \_\_\_\_\_ No. Do \_\_\_\_\_ Sim

AIDS/HIV <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Glaucoma <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Shortness da respiração <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Anemia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Headaches <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Sinus problema <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Arthritis, Rheumatism <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coração murmur <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Rash de pele <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Artificial válvulas do coração <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coração problemas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dieta especial <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Artificial junções <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Hepatitis Datilografe o _____ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Curso <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Asthma <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Herpes <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Inchado pés ou tornozelos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Parte traseira problemas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Sangue elevado pressão <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Inchado glândulas da garganta <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Sangramento anormalmente, com extrações ou cirurgia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Jaundice <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Thyroid problemas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Sangue doença <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dor da maxila <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tonsillitis <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cancer <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Kidney doença <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tuberculosis <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Produto químico dependência <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Fígado doença <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tumor ou crescimento na cabeça ou na garganta <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Chemotherapy <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Sangue baixo pressão <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Ulcer <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Circulatory problemas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Mitral prolapso da válvula <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Venereal doença <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Congenital lesions do coração <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nervoso problemas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Peso perda, unexplained <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cortisona tratamentos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pacemaker <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Principal cirurgia? _____ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cough, persistente ou sangrento <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Psychiatric cuidado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Hospitalizado para? _____ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Diabetes <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Radiação tratamento <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Faça-o desgaste lentes de contato? _____ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Emphysema <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Respiratory doença <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Faça exame de alguns drogas non-prescritas? _____ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Epilepsy <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Scarlet febre <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, que e como frequentemente? _____
PARA MULHERES SOMENTE: Grávido? _____ da data devida <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Fazer exame pills do controle de nascimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	É você cuidados? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Aliste todos os medications que você fizer exame atualmente e diagnóstico correlacionando:

Med:dose do \_\_\_\_\_:freqüência do \_\_\_\_\_: Para: \_\_\_\_\_

Med:dose do \_\_\_\_\_:freqüência do \_\_\_\_\_: Para: \_\_\_\_\_

Indique todos os allergies ao seguinte:

Aspirina  Iodo  Penicillin

Barbiturates  Latex  Sulfa

Codeína  Anestésico local  O outro \_\_\_\_\_

Eu atesto que a informação dental e médica acima é verdadeira e exata. Eu aceito responsabilidade cheia para alguma informação não compartilhada com o doutor.

Assinatura paciente (ou guardian): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_