



### **Registro e Historico Medico**

(Todas as informacoes sao extremamente confidenciais)

Nome: \_\_\_\_\_ Date de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Endereco Residencial: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Telefone - Casa: \_\_\_\_\_ Trabalho: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Poscao: \_\_\_\_\_  
Endereco Comercial: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
A quem poderiamos agradecer pela referencia? - - Amigo/Parente: \_\_\_\_\_  
Paginas Amarelas: \_\_\_\_\_  
Sem Referencia: \_\_\_\_\_  
Em caso de emergencia, quem poderiamos contactar? \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

### **Informacao de Pagamento**

Quem e o responsavel pela conta? \_\_\_\_\_  
Nome de seguro dental: \_\_\_\_\_  
Numero do Grupo: \_\_\_\_\_ Numero da Apolice: \_\_\_\_\_  
Voce tem algum seguro dental adicional? \_\_\_\_\_

### **Historico Medico**

Nome do Medico: \_\_\_\_\_ Endereco: \_\_\_\_\_  
Data do ultimo exame medico: \_\_\_\_\_ Voce esta com boa saude? \_\_\_\_\_  
Voce esta sob cuidados medicos atualmente? \_\_\_\_\_  
Se a resposta foi sim, por quais motivos? \_\_\_\_\_  
Por favor listar qualquer medicamento que voce esteja tomando: \_\_\_\_\_

**Voce ja teve ou tem alguma das condicoes listadas abaxio? Por favor marque con um X**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas de Coracao    | <input type="checkbox"/> Febre reumatica             | <input type="checkbox"/> Anemia              |
| <input type="checkbox"/> Doneca Venera           | <input type="checkbox"/> AIDS/HIV                    | <input type="checkbox"/> Artrite             |
| <input type="checkbox"/> Sarampo                 | <input type="checkbox"/> Valvula cardiaca artificial | <input type="checkbox"/> Cancer              |
| <input type="checkbox"/> Febre escarlatina       | <input type="checkbox"/> Epilepsia                   | <input type="checkbox"/> Juntas artificias   |
| <input type="checkbox"/> Problemas de tireoide   | <input type="checkbox"/> Tosse persistente           | <input type="checkbox"/> Infarte             |
| <input type="checkbox"/> Hepatite                | <input type="checkbox"/> Diabetes                    | <input type="checkbox"/> Tuberculose         |
| <input type="checkbox"/> Ulcera                  | <input type="checkbox"/> Sangramento continuo        | <input type="checkbox"/> Leucemia            |
| <input type="checkbox"/> Lesoes                  | <input type="checkbox"/> Cachumba                    | <input type="checkbox"/> Enxaqueca           |
| <input type="checkbox"/> Tratamento de radiacao  | <input type="checkbox"/> Problemas nervosas          | <input type="checkbox"/> Quimoterapia        |
| <input type="checkbox"/> Doencas respiratorias   | <input type="checkbox"/> Disturbios de sono          | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal |
| <input type="checkbox"/> Herpes                  | <input type="checkbox"/> Alergia a anesthesia        | <input type="checkbox"/> Desmaios            |
| <input type="checkbox"/> Deoendencia quimica     | <input type="checkbox"/> Asma                        | <input type="checkbox"/> Pressao alta        |
| <input type="checkbox"/> Glaucome                | <input type="checkbox"/> Catapora                    | <input type="checkbox"/> Herpes zoster       |
| <input type="checkbox"/> Pressao baixa           | <input type="checkbox"/> Boca seca                   | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral    |
| <input type="checkbox"/> Problemas psiquiatricos | <input type="checkbox"/> Alergia a latex             |  |

Voce tem alergia a algum medicamento? \_\_\_\_\_

Voce esta grávida? \_\_\_\_\_ Voce fuma? \_\_\_\_\_

Tem alguma informacao adicional sobre a sua saude que possa afetar seu tratamento dentario?

### **Historico Dental**

Quando foi a ultima vez que voce foi ao dentista? \_\_\_\_\_

O que foi feito? \_\_\_\_\_

Teraram radiografias? \_\_\_\_\_

Voce esta tendo desconforto nesse momento? \_\_\_\_\_

**Ha alguma coisa que voce gostaria de mudar na aparencia do seu sorriso? ( ) Sem ( ) Nao**

**SEGURO: Para evitar desentendimento sobre o seu seguro dental, desejamos deixar claro que todos pagamentos para os services profissonais sao responsabilidades diretas do paciente, Nos prepararemos todos os formularios necessarios para obter os beneficios do su seguro dentario, mas nao renderemos nossos services baseando somente no pagamento da companhia de seguro. Alem disso, o pagamento correspondente ao service realizado devera ser efetuado. Por tanto sua parte do pagamento e necessario a media que nossos services sejam prestados. As informacoes nesse formulario sao exatas e completas de acordo com o meu melhor conhecimento e e para uso somente em meu tratamento, pagamento e processamento de beneficios com meu seguro aos quais sou intitulado.**

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_



To Our Patients:

Welcome to our office! We are delighted that you have selected us for your dental health care services. Our office staff will provide you with the finest care.

**Payment Policy:** Payment is due at the time of service. We accept Mastercard, Visa, Discover, American Express, Care Credit, Checks, Debit Card, and Cash.

All overdue accounts will be assessed an annual 18% finance charge and you will be responsible for any collection service fees. There will be a \$30.00 fee assessed for any checks returned unpaid.

**Insurance Policy:** Co-payments are due at the time of service. (ie: Your estimated share of costs that your insurance company will not cover. This amount will be due at the time of service).

**We are pleased to assist you in processing your dental insurance. However, dental insurance policies are a contract between the patient and the insurance company. Therefore, we request that you keep your account current with us and personally consult your insurance company for services not covered.**

**Coupon Offerings:** Payments and coupons must be presented at time of check-in.

**Cancellation Policy:** Please be aware that confirmation calls are a courtesy service only. Patients are responsible for their appointments. If you miss an appointment and fail to notify us at least 24 hours in advance, a missed appointment fee of between \$30.00 and \$100.00 will be billed to your account.

Thank you again for selecting us as your Dental HealthCare Provider.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_