

# Implant and Sedation Dentistry of Charleston

Obrigado pela preferencia!

Primerio Nome: \_\_\_\_\_ Último Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Social: \_\_\_\_\_ H ( ) M ( )

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Tel de casa: \_\_\_\_\_ CEL: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Informações do seguro:

Seguradora: \_\_\_\_\_

Titular: \_\_\_\_\_ DDN do titular: \_\_\_\_\_ Social: \_\_\_\_\_

Empregador do Titular: \_\_\_\_\_

O seu seguro cobre todos os membros da sua familia? \_\_\_\_\_

- Assinando esse formulario você concorda em ter suas informações enviadas a sua seguradora para acelerar o processo de pagamento.

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

Como foi referido para nosso escritório? \_\_\_\_\_

Quando foi sua ultima consulta ao dentista? \_\_\_\_\_

## **Politica Financeira**

Nós aceitamos a maioria dos cartões de crédito para sua conveniência. Saiba que qualquer valor não pago pelo seu seguro será de sua inteira responsabilidade. Caso não tenha seguro, é de sua inteira responsabilidade efetuar o pagamento diretamente ao consultório. Valores agendados do plano de tratamento serão efetuados adiantados ou ao menos uma parte desde que aceita pelo médico ou gerência.

Eu li, e aceito a política financeira do consultório.

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

# Implant and Sedation Dentistry of Charleston

## Historico Médico

Você tem um Médico clinico geral? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, qual: \_\_\_\_\_

Foi hospitalizado recentemente: ( ) Sim ( ) Não. Se sim, porque: \_\_\_\_\_

Toma algum tipo de medicamento?( ) Sim ( ) Não. Se sim, qual:

---

### Tens algum problema de saúde como:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Marcapaso                               | <input type="checkbox"/> Tiroides   |
| <input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos                     | <input type="checkbox"/> Tumores / Câncer   |
| <input type="checkbox"/> Febre Reumática                         | <input type="checkbox"/> Cirurgia em alguma articulação                             |
| <input type="checkbox"/> Sopro no coração                        | <input type="checkbox"/> Problemas no seu sistema endocrino ou transtorno glandular |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia                           | <input type="checkbox"/> Asma   |
| <input type="checkbox"/> Febre                                   | <input type="checkbox"/> Alergias a algum medicamento                               |
| <input type="checkbox"/> Enfermidade hepática ou renal           | <input type="checkbox"/> Hepatitis  |
| <input type="checkbox"/> AIDS                                    | <input type="checkbox"/> Problemas sanguíneos / antioagulante                       |
| <input type="checkbox"/> Pressão arterial alta ou baixa          | <input type="checkbox"/> Tuberculosis / Pneumonia                                   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                | <input type="checkbox"/> Depressão  |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia                               | <input type="checkbox"/> Mulheres: Grávida? ( ) sim ( ) nao                         |
| <input type="checkbox"/> Transfusão de sangue nos ultimos 5 anos | <input type="checkbox"/> Medicamentos para osteoporose                              |
| <input type="checkbox"/> Outro: _____                            |   |

## Historico Dentario

### Marque com um X na frente dos sintomas ou procedimentos que você ja teve ou tem

Cirurgia periodontal (Retalho gengival / Gengivectomia / Gengivoplastia) Se sim, Quando: \_\_\_\_\_

Aparelho dentário. Se sim, quando: \_\_\_\_\_

Mal cheiro persistente.

Dentaduras ou parciais: Se sim, quando: \_\_\_\_\_

Acumulação de comida entre os dentes.

Alguma dor em area especifica. Se sim, onde: \_\_\_\_\_

Problemas mandibulares.

Ulceras or machucados que ainda não se curaram.

Dores de cabeça frequentes

Queimação na lingua.

Ranger de dentes

Sangramento na gengiva.

Está feliz com seu sorriso? ( ) Sim ( ) Nao, Se não, porque: \_\_\_\_\_

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

# Implant and Sedation Dentistry of Charleston

## Implant and Sedation Dentistry of Charleston

### Resumo das Regras de Privacidade

Por lei as regras de privacidade são apresentadas em ingles.

Este e somente um resumo, caso queira as informações completas as mesmas serão apresentada em ingles é so pedir a secretaria.

- Nós somos obrigados por lei a proteger a suas informações pessoais, planos de tratamento, relações financeiras. Temos autorização de mandar suas informações quando se é referido a outro Dentista para acelerar o processo de agendamento. Não usaremos sua informação para nenhuma companhia de marketing sem a sua permissão.

- Esta política descreve as formas como coletamos, armazenamos, usamos e protegemos suas informações pessoais. Você aceita essa política e concorda com tal coleta, armazenamento e uso quando se inscrever ou usar nossos produtos, serviços ou qualquer outro recurso, tecnologia ou funcionalidade que nós oferecemos. Podemos alterar a esta política a qualquer momento.

Por favor nos comunique se tens alguma duvida ou questionamento sobre os seus diretos.

Eu \_\_\_\_\_ entendo o meu direito de obter uma copia das regras de privacidade em ingles e entendo o resumo por aqui traduzido.

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