

INFORMAÇÕES PESSOAIS (OBRIGATÓRIAS PARA TODOS OS PACIENTES)

NOME DO PACIENTE	_____	REFERIDO POR:	_____	DATA DE HOJE	_____
ENDEREÇO	_____	CIDADE-ESTADO	_____	CEP	_____
GÊNERO (MASCULINO FEMININO)	_____	ESTADO (CASADO, SOLTEIRO, CRIANÇA)	_____	DATA DE NASCIMENTO	_____
EMAIL DE TRABALHO	_____	EMAIL PESSOAL:	_____	SEGURO SOCIAL	_____
TELEFONE	_____	IDENTIFICAÇÃO (CART MOTORISTA)	_____	COPIA EM ARQUIVO	_____

EM CASO DE EMERGÊNCIA (OBRIGATÓRIO PARA PACIENTES CIRÚRGICOS)

EMPREGADOR	_____	ENDEREÇO EMPREGADOR	_____	TELEF EMPREGADOR	_____
NOME DO MÉDICO	_____	ENDEREÇO DO MEDICO	_____	TELEF MEDICO	_____
FARMACIA	_____	ENDEREÇO DA FARMÁCIA	_____	TELEF FARMACIA	_____
CONTATO EMERGENTE	_____	RELAÇÃO	_____	TELEF CONTATO EMERG	_____

SEGURO DENTÁRIO (SOMENTE PACIENTES DE SEGURO)

PROVEDOR DE SEGURO	_____	ENDEREÇO DE SEGURO	_____	TELEF DE SEGURO	_____
NUM DE GRUPO	_____	NRO DE PAGADOR	_____	ID DE ASSINANTE	_____
SEGURADO PRIMÁRIO	_____	SEG SOCIAL DO PRIMÁRIO	_____	DATA DE NASC	_____

Reconheço que estas informações são completas e precisas, tanto quanto é do meu conhecimento. É minha responsabilidade informar o escritório sobre quaisquer alterações nas minhas informações pessoais/de seguro. Não responsabilizarei o dentista de sua equipe por erros ou omissões que eu possa ter cometido ao preencher este formulário. Autorizo a prestação de serviços de que possa necessitar, com o meu consentimento informado.

ASSINATURA: X _____

HISTÓRICO MÉDICO

Você está em boa saúde? SIM NAO

Explique: _____

Quando foi seu último exame? _____

Você está sob cuidados médicos? SIM NAO

Explique: _____

Alguma hospitalização recente? SIM NAO

Explique: _____

Voce fuma? SIM NAO

Você está grávida/amamentando? SIM NAO

Explique: _____

MEDICAMENTOS (LISTA CADA UM E DOSAGEM)		ALERGIAS (CIRCULE TODOS OS QUE SE APLICAM)	
_____	_____	Antibióticos? <u> </u> S/N	Drogas Sulfa? <u> </u> S/N
_____	_____	Barbitúricos? <u> </u> S/N	Aspirina? <u> </u> S/N
_____	_____	Anestésicos? <u> </u> S/N	De outros: _____
_____	_____	Iodo? <u> </u> S/N	_____
_____	_____	Látex? <u> </u> S/N	_____
_____	_____	Narcóticos? <u> </u> S/N	_____

CONDIÇÕES MÉDICAS (MARQUE TODOS QUE SE APLICAM)

DOENÇA CARDÍACA	S / N	AIDS/HIV	S / N	BOLHAS DE FEBRE	S / N	ENXAQUECAS	S / N	PROBLEMA SEIO	S / N
PRESSÃO ALTA	S / N	ARTRITE	S / N	DIABETES TIPO I OU II	S / N	QUESTÕES NEUROLÓGICAS	S / N	DISTÚRBIOS DO SONO	S / N
PRESSÃO SANGUÍNEA BAIXA	S / N	OSTEOPOROSE	S / N	DOENÇA GASTROINTESTINAL	S / N	CONDIÇÕES DE SAÚDE MENTAL	S / N	RONCO/APNÉIA DO SONO	S / N
SANGRAMENTO ANORMAL	S / N	ÚLCERAS	S / N	REFLUXO/ACEIO	S / N	TUMORES/CRESCIMENTOS	S / N	DE OUTROS: _____	
CÂNCER/QUIMIO	S / N	TRANSTORNO RESPIRATÓRIO	S / N	ANEMIA	S / N	DOR NA MAXILAR/APERTO	S / N	_____	
HEPATITE/DOENÇA DO FÍGADO	S / N	EPILEPSIA/CONVULSÕES	S / N	PROBLEMAS DA TIREÓIDE	S / N	ESQUECE-SE FACILMENTE	S / N	_____	
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	S / N	TUBERCULOSE	S / N	PROBLEMAS Renais	S / N	LESÕES NO PESCOÇO/COSTAS	S / N		

HISTÓRICO DENTÁRIO

Por que você está visitando hoje? _____

Quem foi seu último dentista? _____

Quando foi sua última visita? _____

Você já usou aparelho antes? SIM NAO

Suas gengivas sangram? SIM NAO

Você tritura / aperta? SIM NAO

Você tem medo de dentista? SIM NAO

Precisa pré-mediar? SIM NAO

Você precisa de sedação leve? SIM NAO

Seus dentes se movem? SIM NAO

Você tem dentaduras? SIM NAO

Você tem dentes faltando? SIM NAO

Você se interessa por estética? SIM NAO

Botox / Juvederm SIM NAO

Fios SIM NAO

Biclectomia SIM NAO

Invisalign SIM NAO

ZOOM Clareamento SIM NAO

COMENTARIOS

Reconheço que estas informações são completas e precisas, tanto quanto é do meu conhecimento. É minha responsabilidade informar o escritório de quaisquer alterações nas minhas informações médicas. Não responsabilizarei o dentista de sua equipe por erros ou omissões que eu possa ter cometido ao preencher este formulário. Autorizo a prestação de serviços de que possa necessitar, com o meu consentimento informado.

ASSINATURA: X _____

Receberei um plano de tratamento por escrito com taxas e informações de seguro, se disponíveis. Devo assinar o plano em reconhecimento antes de reservar o tratamento.

O pagamento é sempre devido no momento em que os serviços são prestados. Qualquer reserva acima de \$ 1000 ou mais de 2 horas de duração exigirá um depósito de 50% adiantado.

Sou responsável por entender minha cobertura de seguro. O consultório me ajudará a processar, mas não os responsabilizarei por quaisquer rejeições.

Se eu for um paciente de seguro, serei cobrada as taxas contratadas. Meus pagamentos serão devidos inteiramente na data do serviço e os reembolsos serão atribuídos a mim quando reembolsados pelas seguradoras.

Se eu solicitar que os benefícios do seguro sejam atribuídos ao consultório, as taxas não cobertas dentro de 30 dias serão devidas integralmente por mim. Fornecerei informações de cartão de crédito para esses casos.

De acordo com a lei do Estado da Flórida, posso ser cobrado 1,5% ao mês de sobretaxa (18% ao ano) para contas inadimplentes com mais de 30 dias.

De acordo com a lei do Estado da Flórida, os pagamentos com cheque autorizam penalização quando os cheques são desonrados. Cada cheque devolvido terá uma taxa de \$ 25 se < \$ 50, \$ 30 se entre \$ 50-300 e \$ 40 se > \$ 300

Eu sou obrigado a dar um aviso de 24 horas sobre alterações nos compromissos. O escritório pode cobrar uma penalização de \$ 1 por cada minuto de tempo de compromisso perdido (por exemplo, \$ 60 por hora).

Qualquer agendamento não confirmado dentro de 24 horas antes da data do serviço pode estar sujeito a cancelamento.

Fornecerei informações de contato por telefone celular e/ou e-mail ao consultório para comunicação eletrônica por meio de seu sistema de gerenciamento de pacientes.

Autorizo o consultório a transferir meus registros para outro provedor quando encaminhado para tratamento. Isso não me obriga a qualquer relacionamento médico/paciente com qualquer provedor, exceto por/de minha escolha.

Autorizo a liberação de registros para hospitais ou planos de saúde, seguradoras ou seus representantes, incluindo radiografias, ou outras informações necessárias para revisar, investigar ou avaliar solicitações de benefícios.

Se minha cobertura de seguro estiver sob acordo com meu empregador ou entidade similar, esta autorização permite a divulgação a eles para fins de análise de utilização ou auditoria financeira.

Autorizo o consultório a apresentar reclamações em meu nome. Autorizo a atribuição de benefícios que de outra forma me seriam devidos, mas que não excedam os encargos reais dos provedores pelos serviços cobertos.

Li os avisos de privacidade e tenho o direito de receber uma cópia desta autorização. Tenho o direito de revogar esta autorização também, por escrito, a qualquer momento.

Autorizo o consultório odontológico a fazer ligações de rotina para confirmar minha consulta. Uma mensagem pode ser deixada com um responsável ou secretária eletrônica. A equipe do escritório pode se comunicar eletronicamente.

As comunicações de rotina incluem, mas não se limitam a mensagens de texto/e-mail para confirmar compromissos, perguntas sobre tratamento em potencial, perguntas após o tratamento ativo e consultas de cobrança.

Autorizo as seguintes pessoas a terem acesso às minhas informações de saúde: _____

AUTORIZAÇÃO DO CARTÃO DE CRÉDITO

Eu autorizo você a cobrar em meu cartão de crédito quaisquer valores inadimplentes devidos mais de 30 dias após a data do serviço:

NRO DE CARTAO _____ TIPO DE CARTAO: ___ VISA ___ AMEX ___ MASTERCARD ___ CARECREDIT ___ DISCOVER

DATA DE VENCIMENTO _____ CCV (3 NROS ATRAS O 4 EN FRENTE PARA AMEX) _____

Eu entendo todas as isenções de responsabilidade acima mencionadas e as aceito conforme indicado. Sou responsável por fornecer uma nova autorização de cartão de crédito caso as informações do cartão arquivadas não sejam mais válidas por qualquer motivo, incluindo cartões perdidos, roubados ou modificados a partir das informações mencionadas acima.

ASSINATURA: X _____

Estou interessado em solicitar financiamento para poder pagar minhas dívidas odontológicas em parcelas mensais versus tudo de uma vez. Entendo que o consultório odontológico oferece financiamento Proceed Finance e LendingPoint. Autorizo o consultório odontológico a pré-qualificar-me para ofertas de financiamento disponíveis dessas organizações de terceiros que envolverão uma verificação suave. Minha aprovação explícita por escrito, o consultório odontológico não solicitará financiamento ou processará solicitações de crédito que impliquem uma verificação rigorosa da minha pontuação de crédito. As seguintes informações financeiras suplementares:

[TODOS OS CANDIDATOS]

Você possui seu local de residência ou e aluguel? POSSUO ____ ALUGO ____

O que você paga mensalmente (aluguel ou hipoteca)? HIPOTECA \$ _____ ALUGUEL \$ _____

Qual é a sua renda mensal estimada de todas as fontes: \$ _____

ASSINATURA: X _____

Reconheço que estas informações são completas e precisas, tanto quanto é do meu conhecimento. É minha responsabilidade informar o escritório sobre quaisquer alterações em minhas informações pessoais. Não responsabilizarei o dentista de sua equipe por erros ou omissões que eu possa ter cometido ao preencher este formulário.