



Gordon Barfield DDS & Maria Lewis DMD

REGISTRO DO PACIENTE PARA PACIENTES MENORES DE 18 ANOS DE IDADE

Data _____

Nome do Paciente _____
Último Primeiro Meio

Endereço _____
Rua Cidade CEP

Apelido _____ Data de Aniversário _____ Idade _____ Gênero _____

Escola _____

Esporte/Hobbies _____

Nome dos Pais/Responsáveis: _____

A quem podemos agradecer por referenciar a você o nosso consultório? _____

Amigos, familiares ou irmãos que nós tratamos? _____ Nome (s)? _____

INFORMAÇÃO DA PARTE RESPONSÁVEL

Nome _____
Último Primeiro Meio

Residência _____
Rua Cidade CEP

Endereço para correspondência _____
Rua Cidade CEP

Celular/outro telefone _____ Telefone Residencial _____ Telefone do Trabalho _____

Endereço de E-mail _____

Como você prefere ser contatado para lembrá-lo das consultas futuras?
Coloque uma marcação na caixa: E-mail Ligação Texto

Previdência Social # _____ Data de Nascimento _____ Relação com o Paciente _____

Empregador _____ Ocupação _____

Nome do Cônjuge _____ Relação com o Paciente _____ Data de Nascimento _____

Empregador _____ Ocupação _____

Previdência Social # _____ Telefone do Trabalho _____ Telefone Celular _____

INFORMAÇÕES SOBRE SEGURO ODONTOLÓGICO

Nome do Titular do Seguro _____ Titular do Seguro SSN # _____ Data de Nascimento _____

Empresa de Seguros _____ No. do Grupo _____ No. do Telefone _____

Endereço da Empresa de Seguro _____

Você tem cobertura dupla? Sim _____ Não _____ Se sim:

Nome do Titular do Seguro _____ Titular do Seguro SSN # _____ Data de _____

Nascimento _____

Empresa de Seguros _____ No. do Grupo _____ No. do Telefone _____

Endereço da Empresa de Seguros _____

INFORMAÇÕES PARA CONTATO DE EMERGÊNCIA

Nome do parente mais próximo que não vive com você _____

Telefone _____

HISTÓRICO MÉDICO

Médico _____ Data da Última Visita _____

Endereço _____ Telefone _____

Por favor, circule Sim ou Não (Se sim, por favor preencha os detalhes)

Sim	Não	O paciente está tomando algum medicamento? _____
Sim	Não	O paciente é alérgico a alguma coisa? _____
Sim	Não	Histórico de alguma doença grave? _____
Sim	Não	O paciente fez quaisquer operações? _____
Sim	Não	Já esteve envolvido em um acidente grave? _____
Sim	Não	Foi ao médico nos últimos 12 meses? Por que? _____
Sim	Não	Pacientes Mulheres apenas: A paciente está grávida? _____
Sim	Não	O paciente normalmente toma antibióticos antes limpezas dentais? Por que? _____

Circule quaisquer condições médicas abaixo que o paciente já tenha tido ou tenha atualmente.

Sangramento anormal/Hemofilia	Diabetes	Problemas no fígado/hepatite	Pneumonia
Anemia	Tonturas	Herpes	Sangramento Prolongado
Artrite	Epilepsia	Pressão Alta	Radio/Quimioterapia
Asma ou Rinite	Distúrbios Gastrointestinais	HIV / Aids	Febre Reumática
Distúrbios nos Ósseos	Problemas Cardíacos	Problemas Renais	Tuberculose
Cardiopatía Congênita	Sopro Cardíaco	Distúrbios Nervosos	Tumor ou Câncer

Existem condições médicas que nós não discutimos que você sente que nós deveríamos estar cientes? _____

HISTÓRICO DENTÁRIO

Dentista Geral _____ Data da Última Visita _____

O que preocupa mais você sobre os seus dentes? _____

Sim	Não	O paciente está atualmente com dor dental? _____
Sim	Não	Já experimentou qualquer reação desfavorável à odontologia? _____
Sim	Não	O paciente já perdeu ou lascou algum dente? _____
Sim	Não	Sofreu algum ferimento no rosto, boca ou dentes? _____
Sim	Não	Alguma parte da sua boca é sensível à temperatura? Onde? _____
Sim	Não	Alguma parte da sua boca é sensível à pressão? Onde? _____
Sim	Não	As gengivas sangram ao escovar? _____
Sim	Não	Algum hábito de chupar/lamber os dedos? _____
Sim	Não	O paciente respira pela boca? _____
Sim	Não	O paciente já foi a um ortodontista? Se sim, quem e quando? _____
Sim	Não	Qual é a atitude do paciente em relação a receber um tratamento ortodôntico? _____
Sim	Não	Alguém na família recebeu tratamento ortodôntico? _____
Sim	Não	Como eles se sentiram sobre o resultado? _____
Sim	Não	Os dentes ou mandíbulas já se sentiram desconfortáveis logo no começo da manhã? _____
Sim	Não	Já experimentou a mandíbula clicando ou estalando? _____
Sim	Não	Ciente de apertar ou ranger os dentes durante o dia? _____
Sim	Não	Experimentou dor de cabeça "tensional"? _____
Sim	Não	O paciente já experimentou zumbidos crônicos nos ouvidos? _____
Sim	Não	O paciente precisa de uma ajuda extra com instruções? _____
Sim	Não	O paciente é sensível ou autoconsciente sobre seus dentes? _____
Sim	Não	Você está ciente de que algumas consultas serão durante o horário escolar? _____

BENEFÍCIOS

Benefícios da Ortodontia: Estética, saúde e funcional. Ortodontia é um serviço que fornece uma melhoria na aparência dos dentes, na função geral dos dentes e saúde bucal em geral. Dentes, gengivas e mandíbulas são uma parte do corpo complexa e podem não responder ao tratamento. Se não é praticada a boa higiene bucal, isso pode resultar em cárie e gengivas alargadas. Os dentes mudam ao longo da nossa vida e pode haver algum movimento dos dentes e alguma mudança após o tratamento. Eu li e entendi este parágrafo. Eu também entendo que meus registros de diagnóstico podem ser utilizados para fins educacionais e promocionais. Eu sinceramente respondi todas as perguntas acima e concordo em informar este consultório de quaisquer alterações no meu histórico médico ou dentário. Eu entendo que, se for apropriado, podem ser obtidos relatórios do departamento de crédito. Além disso, autorizo uma avaliação ortodôntica completa.

Pais /Responsáveis: _____ **Data:** _____