

# MEDWAY FAMILY DENTAL

131 Main Street | Medway, MA 02053  
508-533-4761

## Informações sobre o paciente

Data de hoje \_\_\_\_\_

Nome completo \_\_\_\_\_

Telefone residencial \_\_\_\_\_ Telefone Celular \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Sexo:  F  M Data de Nascimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_  
Mês Dia Ano

Casado  Viúvo  Solteiro  Separado  Divorciado  Menor de idade

Por quem você foi indicado? \_\_\_\_\_

Nome e endereço do trabalho/ escola \_\_\_\_\_

Em caso de emergência, quem devemos contactar? \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nome Telefone

## Informações sobre a pessoa responsável

Nome completo \_\_\_\_\_

Telefone residencial \_\_\_\_\_ Telefone Celular \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Sexo:  F  M Data de Nascimento \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

## Saúde Dentária

Nome do seu dentista anterior \_\_\_\_\_ Data do **último** exame **dentário** \_\_\_\_\_

1. Você tem sensibilidade à alimentos quentes our frios ?  Sim  Não
2. Você sente dor em algum dos dentes?  Sim  Não
3. Você tem alguma ferida ou caroço dentro ou próximo da boca ?  Sim  Não
4. Você usa dentaduras ou parciais?  Sim  Não

Quando foram feitas? \_\_\_\_\_

5. Você já experienciou algum dos seguintes problemas na mandíbula:  
( ) estalo ( ) dor nas **articulações** do rosto ( ) dificuldade ao abrir ou fechar a boca
6. Você **já** teve alguma lesão na cabeça e/ou mandíbula ?  Sim  Não

<b>Marque a resposta apropriada</b>	
Em geral, sua saúde é	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim
Data do seu último exame <b>médico</b>	_____
Houve alguma mudança na sua saúde no último ano?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Você foi hospitalizado nos últimos três anos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por que? _____
Você está em tratamento <b>médico</b> ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por que? _____
Você já teve problema com tratamento dentário no passado? Se sim, explique:	_____
Você está sentindo alguma dor no momento?	_____
Você já tomou algum dos seguintes medicamentos?	
<input type="checkbox"/> Fen-phen	<input type="checkbox"/> Ionimin <input type="checkbox"/> Adipex <input type="checkbox"/> Fastin <input type="checkbox"/> Dexfenfluramine
<input type="checkbox"/> Phentermine	<input type="checkbox"/> Pondimin <input type="checkbox"/> Fenfluramine <input type="checkbox"/> Redux
Você tem problemas de sangramento ou dificuldade de cicatrização?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Você já fez transfusão de sangue?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, data _____

**\*\*Indique se você tem ou já teve algum dos problemas citados abaixo:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Febre reumática                           | <input type="checkbox"/> Alergias                           | <input type="checkbox"/> Problema no fígado       |
| <input type="checkbox"/> Disordem nervosa                          | <input type="checkbox"/> Tiróide                            | <input type="checkbox"/> Problema cardíaco        |
| <input type="checkbox"/> Problema de pele                          | <input type="checkbox"/> Angina ou dor no peito             | <input type="checkbox"/> Diabetes                 |
| <input type="checkbox"/> Batimento irregular do coração            | <input type="checkbox"/> Pressão Alta                       | <input type="checkbox"/> Vício de fumar           |
| <input type="checkbox"/> Desmaios                                  | <input type="checkbox"/> Artrite                            | <input type="checkbox"/> Herpes                   |
| <input type="checkbox"/> Derrame                                   | <input type="checkbox"/> Câncer                             | <input type="checkbox"/> HIV / AIDS               |
| <input type="checkbox"/> Anemia ou doença no sangue                | <input type="checkbox"/> Tumor ou nódulo                    | <input type="checkbox"/> Hepatite                 |
| <input type="checkbox"/> Doença Pulmonária                         | <input type="checkbox"/> Doença nos rins                    | <input type="checkbox"/> Glaucoma                 |
| <input type="checkbox"/> Sinusite                                  | <input type="checkbox"/> Disritmia                          | <input type="checkbox"/> Asma                     |
| <input type="checkbox"/> Úlcera no estômago                        | <input type="checkbox"/> Tratamento com radiação            | <input type="checkbox"/> Doença respiratória      |
| <input type="checkbox"/> Problema circulatório                     | <input type="checkbox"/> Quimioterapia                      | <input type="checkbox"/> Epilepsia                |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose                               | <input type="checkbox"/> Hemofilia                          | <input type="checkbox"/> Dor nas costas           |
| <input type="checkbox"/> Dor no maxilar                            | <input type="checkbox"/> Dor de cabeça                      | <input type="checkbox"/> Marcapasso               |
| <input type="checkbox"/> <b>Inchaço</b> dos pés ou tornozelos      | <input type="checkbox"/> Próteses nas juntas                | <input type="checkbox"/> Depedência química       |
| <input type="checkbox"/> Válvula artificial no coração             | <input type="checkbox"/> Problemas na <b>válvula</b> mitral | <input type="checkbox"/> Tratamento com cortisona |
| <input type="checkbox"/> Doenças sexualmente <b>transmissíveis</b> | <input type="checkbox"/> Tosse persistente                  | <input type="checkbox"/> Tosse com sangue         |

**MULHERES:**

Gravidez:  Sim  Não Amamentando:  Sim  Não  
Tomando anticoncepcional:  Sim  Não

**Medicação**

Liste o nome dos medicamentos que **você** está tomando:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Alergias**

Liste suas alergias:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Autorização:**

Eu autorizo o meu seguro **dentário** a cobrir com as despesas do meu tratamento. Eu autorizo o uso da minha assinatura em todos os pedidos de pagamento submetidos ao seguro. Eu autorizo o envio das informações necessárias para assegurar o pagamento do meu tratamento. Eu entendo que sou responsável pela porção que não é paga pelo seguro.

Assinatura do paciente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Assinatura do dentista \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_