

# Bem-vindo(a)!

## ***Informações do paciente***

---

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Data de nasc.: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

\*Telefone residencial: \_\_\_\_\_ \*Celular: \_\_\_\_\_

\*E-Mail: \_\_\_\_\_ Nome do Médico/ Grupo Médico: \_\_\_\_\_

Contato de Emergência: \_\_\_\_\_ Relacionamento: \_\_\_\_\_

Indicado: \_\_\_ Amigo \_\_\_ Cartão postal \_\_\_ Outdoor/Letreiro \_\_\_ Internet \_\_\_ Outro: \_\_\_\_\_

## ***Informações do responsável (se aplicável)***

---

### **Mãe / Guardião**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nasc.: \_\_\_ Estado civil: \_\_\_ Solteiro \_\_\_ Casado

Endereço: \_\_\_ O mesmo do paciente

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Tel. (Fixo) \_\_\_\_\_

Tel. (Cel.) \_\_\_\_\_

### **Pai / Guardião**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nasc.: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_ Solteiro \_\_\_ Casado

Endereço: \_\_\_ O mesmo do paciente

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Tel. (Fixo) \_\_\_\_\_

Tel. (Cel.) \_\_\_\_\_

## ***Informações sobre seguros***

---

Companhia de seguros: \_\_\_\_\_

Número de RG: \_\_\_\_\_

Número do Grupo: \_\_\_\_\_

Titular da apólice: \_\_\_\_\_

Data de nasc. do titular da apólice: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Empregador: \_\_\_\_\_

Companhia de seguros: \_\_\_\_\_

Número de RG: \_\_\_\_\_

Número do Grupo: \_\_\_\_\_

Titular da apólice: \_\_\_\_\_

Data de nasc. do titular da apólice: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Empregador: \_\_\_\_\_

## ***Histórico odontológico***

---

Data da última consulta odontológica: \_\_\_\_\_ Nome do dentista: \_\_\_\_\_

Fez raios-X em sua última visita:  Sim  Não

**Marque Sim ou Não para qualquer das condições abaixo aplicáveis a você:**

S N (Marcar)

Problemas associados a tratamento Odontológico Anterior

S N (Marcar)

Sangramento nas gengivas

S N (Marcar)

Range ou aperta os dentes

Dor de dente

Dores de ouvido ou dor no pescoço   Comida/ fio dental preso entre os dentes

S N (Marcar)

Lesões graves na cabeça/boca

Boca seca

Distribuição de água fluoretada em casa

Dentadura/ Ponte móvel

Dente/ dentes sensíveis ao mastigar (pressão)

S N (Marcar)

Feridas ou úlceras na boca

Tratamento ortodôntico (aparelho)

Tratamento periodontal (gengiva) anterior

Dente/ dentes sensíveis a frio, calor e/ou doces

S N (Marcar)

Clique/Estalo/Dor na mandíbula

Bebe água engarrafada ou filtrada

## Histórico médico

Embora odontologistas tratem principalmente as áreas dentro e ao redor da boca, sua boca é uma parte de todo o seu corpo. Quaisquer problemas de saúde que você possa ter ou remédios que esteja tomando podem ter uma importante relação com o tratamento odontológico que você receberá. Obrigado por responder às perguntas abaixo.

Você está sendo tratado por um médico atualmente?  Sim  Não Se sim, por favor, explique: \_\_\_\_\_

Foi hospitalizado ou submetido a uma operação importante nos últimos seis meses?  Sim  Não Se sim, explique do que foi tratado: \_\_\_\_\_

Está tomando anticoagulantes ou aspirina para bebês?  Sim  Não Se sim, por favor, explique: \_\_\_\_\_

Já tomou Fosamax, Boviva, Actonel ou algum outro medicamento contendo bisfosfonatos?  Sim  Não Se sim, por favor, explique: \_\_\_\_\_

Você ou alguém da sua família já teve alguma complicação com anestesia geral?  Sim  Não

Por favor, liste toda e qualquer alergia:

---

---

### Hábitos — Quantidades

Fumo \_\_\_\_\_ Pacotes

Álcool \_\_\_\_\_ Por Dia

Uso de drogas \_\_\_\_\_ Já teve algum problema com drogas e álcool?  Sim  Não

### Liste todos os medicamentos que toma atualmente:

Medicamento

Dosagem

Motivo

---

---

---

### Tem ou já teve alguma das condições a seguir??

S N (Marcar)

#### GERAL

Cansa-se facilmente, fraqueza

Alteração de peso acentuada

Febre persistente

Toma esteroides

Manifesta hematomas facilmente

Dores de cabeça frequentes

#### PELE

Alterações na cor da pele

Erupções cutâneas, urticária

Herpes zoster

#### OLHOS

Problemas oftalmológicos

Glaucoma

Outros problemas glandulares

S N (Marcar)

#### OUVIDOS

Perda de audição

Infecções de ouvido

#### NARIZ

Problemas de sinusite

Sangramento nasal frequente

#### GARGANTA

Dor de garganta frequente

Gotejamento pós-nasal

Fenda labial

#### ENDÓCRINOS

Diabetes

Problemas de tireoide

Pressão arterial baixa

S N (Marcar)

Hipoglicemia

#### SISTEMA NERVOSO

Stoke

Dores de cabeça frequentes

Convulsões/epilepsia

Dormência/ Formigamento

Tontura/ Desmaio

Problemas nervosos

Lesão na cabeça

Tratamento psiquiátrico

Problemas emocionais

#### CARDIOVASCULAR

Prolapso da válvula mitral

S N (Marcar)

Febre reumática

Qualquer doença cardíaca

Pressão arterial alta

Pressão arterial baixa

Dor/desconforto no peito

Doença cardíaca congênita

Doença de coração artificial

Marcapasso

Escarlatina

Cirurgia cardíaca

Ataque cardíaco

Doença do estômago

Arritmia cardíaca

S N (Marcar)

**RESPIRATÓRIO**

- Asma
- Enfisema
- Bronquite
- Pneumonia
- Tosse persistente

S N (Marcar)

**MUSCULOSQUELETAL**

- Artrite/Rumatismo
- Ossos quebrados
- Articulações artificiais
- Osteoporose

S N (Marcar)

**DIGESTIVO**

- Alterações no apetite
- Fezes escuras, com sangue ou pálidas
- Icterícia
- Hepatite
- Úlceras/doenças do estômago
- Doença hepática

S N (Marcar)

**URINÁRIO**

- Doença renal
- Transplante de rim
- Doença venérea
- Diálise renal

**Diabetes** Se sim, Tipo 1  ou Tipo 2   
Você checkou o açúcar no seu sangue hoje?  Sim  Não  
Indique sua leitura de glicemia/A1C mais recente \_\_\_\_\_

Se você marcou sim em **asma**, sua asma está controlada?  Sim  Não

S N (Marcar)

**SANGUE**

- Problemas de sangramento
- Desordem sanguínea
- Células falciformes
- Anemia
- HIV
- Transfusão de sangue
- Hepatite

**Continuação:**

S N (Marcar)

**DESENVOLVIMENTO**

- Autismo
- TDAH
- Deficiências/ Necessidades especiais
- Síndrome de Down
- Espinha bífida

S N (Marcar)

**OUTRO**

- Distúrbios autoimunes
- Radioterapia
- Tumores/Neoplasma
- Câncer
- Tuberculose

**Quaisquer operações ou cirurgias:**

---

---

**Qualquer outra coisa que você acha que deve nos informar?**

---

---

**SÓ PARA MULHERES: Você está**

Grávida/ Tentando engravidar?  Sim  Não Tomando contraceptivos orais?  Sim  Não Amamentando?  Sim  Não

**IMPORTANTE:** Antibióticos (penicilina, eritromicina, etc.) que venham a ser prescritos após tratamentos, podem neutralizar a eficácia da pílula anticoncepcional. É recomendável o uso de outros métodos de contracepção pela duração do ciclo efetuado.

**Certifico que sei falar, ler e escrever em português e que li e compreendi completamente este formulário de histórico médico. Até onde me é dado saber, todas as respostas acima são verdadeiras e corretas:**

Nome do paciente/ pai/mãe/ guardião

Data

Assinatura do paciente/ pai/ mãe/ guardião

Data

Assinatura do provedor

Data

Assinatura do provedor

Data

## Termo de consentimento livre e esclarecido para procedimentos odontológicos gerais

**Nome do paciente:**

**Data:**

Nossos pacientes têm o direito de aceitar ou recusar o tratamento odontológico recomendado proposto por seu dentista. Seu dentista e sua equipe odontológica conversarão detalhadamente com você sobre as opções de tratamento ideais e alternativas, os riscos associados a ambos e o risco da falta de tratamento, antes de solicitarem o seu consentimento.

Não aceite o tratamento, a menos que esteja satisfeito com as respostas fornecidas pela equipe odontológica e todas as suas perguntas tenham sido respondidas. Ao consentir no tratamento, você reconhece e aceita voluntariamente os riscos e complicações conhecidos, por menor que seja a probabilidade de ocorrência.

É muito importante que você forneça ao seu dentista informações precisas antes, durante e após o tratamento. Também é importante que você siga as orientações e recomendações do seu dentista em relação a medicamentos, instruções pré- e pós-tratamento, encaminhamentos a especialistas e a necessidade de retornar para as consultas marcadas. A omissão em seguir as orientações e recomendações do seu dentista poderá causar um resultado inadequado do tratamento.

Certas doenças cardíacas podem criar um risco de complicações graves ou fatais. Se você for portador de um problema cardíaco grave ou se estiver tomando anticoagulantes, informe imediatamente o seu dentista para que ele possa consultar o seu médico.

Na odontologia, existem riscos comumente conhecidos e possíveis complicações associadas ao tratamento odontológico. Nenhum profissional pode garantir o sucesso do tratamento recomendado ou que você não terá uma complicação ou menos do que um resultado ideal. Embora essas complicações sejam raras, elas podem ocorrer e ocasionalmente ocorrem.

**Medicamentos e sedação:** Fui informado e compreendo que antibióticos, analgésicos e outros medicamentos podem causar reações alérgicas que causam vermelhidão, inchaço dos tecidos, dor, coceira, vômito e/ou choque anafilático. Eles podem causar sonolência e perda de discernimento e coordenação, que podem ser intensificados pelo uso de álcool ou de outras drogas. Entendo isso e concordo plenamente em não operar nenhum veículo ou dispositivo perigoso por pelo menos 12 horas ou até estar totalmente recuperado dos efeitos da medicação anestésica e dos medicamentos que me tenham sido administrados no consultório para o meu tratamento. Entendo que descuidar de tomar a medicação da maneira prescrita pode aumentar a probabilidade de continuação da infecção ou agravar a dor, bem como a potencial resistência a futuros tratamentos da minha condição. **Mulheres:** Entendo que antibióticos podem diminuir a eficácia do controle de natalidade e fui informada sobre esse risco.

**Alterações no plano de tratamento:** Entendo que, durante o tratamento, poderá ser necessário alterar ou adicionar procedimentos devido a condições encontradas durante o trabalho nos dentes que não foram descobertos durante o exame inicial (por exemplo, tratamento de canal radicular após procedimentos restauradores de rotina). Meu dentista discutirá comigo quaisquer modificações no plano de tratamento original antes de concluir o tratamento.

**Disfunção da Articulação Temporomandibular (ATM):** Entendo que sintomas de estalos, cliques, travamento e dor podem se intensificar ou aparecer na articulação da mandíbula (perto da orelha) após tratamento dentário de rotina, causados por período prolongado com a boca aberta. No entanto, os sintomas da disfunção da ATM associados ao tratamento odontológico são geralmente de natureza transitória e bem tolerados pela maioria dos pacientes. Entendo que, em caso de necessidade de tratamento, serei encaminhado a um especialista para o tratamento, cujo custo será de minha responsabilidade.

**Obturações:** Eu entendo que é preciso cuidado ao mastigar com dentes recentemente restaurados durante as primeiras 24 horas, para evitar quebra da obturação. Fui informado de que a sensibilidade é um efeito residual comum de uma obturação recém-colocada.

***Entendo que a odontologia não é uma ciência exata e, portanto, compreendo que os resultados não podem ser garantidos. Reconheço e confirmo que ninguém me deu nenhuma garantia ou seguro em relação ao tratamento odontológico que eu solicitei e autorizei. Entendo que cada dentista é um clínico individual e é individualmente responsável pelo atendimento odontológico prestado a mim. Também entendo que nenhum outro dentista além do dentista que está me tratando é responsável pelo meu tratamento odontológico.***

Este termo visa oferecer uma visão geral de possíveis riscos e complicações. Não assine este termo ou concorde com o tratamento antes de ter lido, compreendido e aceito cada parágrafo definido acima. Discuta os possíveis benefícios, riscos e complicações do tratamento recomendado com seu dentista. Certifique-se de que todas as suas preocupações foram satisfatoriamente abordadas pelo seu dentista antes de iniciar o tratamento. Este termo permanecerá em vigor até ser rescindido por este consultório odontológico ou por você.

---

Nome do paciente (letra de forma)

Data de nascimento

---

Assinatura do paciente

Data

---

Testemunha

Data

## POLÍTICA DE MARCAÇÃO DE CONSULTA

Para que possamos oferecer atendimento e serviços da mais alta qualidade aos nossos pacientes, solicitamos que cancelamentos e/ou remarcações de consultas reservadas sejam avisados com 24 horas de antecedência.

Todas as consultas devem ser confirmadas. Como cortesia aos nossos pacientes, utilizamos um serviço de confirmação para tornar mais eficiente a confirmação de suas consultas por:

- o E-mail
- o Mensagem de texto
- o Chamada telefônica

### Nossa política de cancelamento:

**Se o paciente não informar com 24 horas de antecedência que não comparecerá à consulta, a consulta será considerado um não comparecimento. Entendemos que, ocasionalmente, ocorrem circunstâncias que impedem o paciente de comparecer à consulta; portanto, o primeiro não comparecimento será relevado. Após o segundo não comparecimento, o paciente só poderá marcar consultas entre as 11h e as 14h. Se um paciente faltar a três consultas, será colocado em uma lista de encaixe de consultas para o mesmo dia, que o paciente também poderá solicitar só para o mesmo dia.**

Este sistema foi implementado para limitar o número de cancelamentos de última hora/ não comparecimentos devido à alta demanda por atendimento odontológico.

Valorizamos o relacionamento médico/paciente e faremos o possível para atendê-lo. Sua comunicação e atenção aos prazos são muito apreciadas, e nos permitirão ajudá-lo a alcançar um resultado positivo.

Agradecemos antecipadamente a sua colaboração. Ela nos permite atender às necessidades de todos os pacientes.

Ao assinar abaixo, reconheço e confirmo que li e compreendi a **Política de marcação de consulta**.

---

Nome do paciente

Data de nascimento

---

Assinatura do paciente/ pai/ mãe/ guardião

Data

Agradecemos a sua escolha pelos nossos serviços odontológicos. Temos o compromisso de fornecer atendimento de qualidade a você e à sua família. Apresentamos abaixo um extrato de nossa Política Financeira para seu entendimento antes do início do tratamento odontológico. Em caso de qualquer dúvida, fique à vontade para perguntar.

## **POLÍTICA FINANCEIRA**

O PAGAMENTO INTEGRAL DEVERÁ SER EFETUADO NA DATA DO SERVIÇO. Aceitamos pagamento em dinheiro, cheques e nos principais cartões de crédito. Cheques devolvidos serão multados em US\$ 35,00. Além disso, reservamo-nos o direito de cobrar por não comparecimento ou cancelamento de consultas sem aviso prévio de 24 horas.

### **Sobre o seguro**

Sua apólice de seguro é um contrato entre você e sua companhia de seguros. Não temos controle sobre as decisões de sua seguradora e o valor que decidem pagar. No entanto, como cortesia aos nossos pacientes, registraremos suas reivindicações de seguro primário para você.

Antes do tratamento, verificaremos sua cobertura e calcularemos sua franquia e coparticipação com a maior precisão possível. Lembramos que todos os planos de tratamento apresentados são apenas uma estimativa com base nas informações fornecidas por sua seguradora. Todas as franquias e coparticipações deverão ser pagas no dia da prestação do tratamento.

Lembramos que sua seguradora não garante pagamento por telefone. Só saberemos o valor exato que pagarão após responderem à solicitação de pagamento. **INDEPENDENTE DE QUALQUER PAGAMENTO POR SUA SEGURADORA, VOCÊ PERMANECE TOTALMENTE RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DE SUA CONTA.** Depois do recebimento de um pagamento em sua solicitação de pagamento, enviaremos uma fatura com o saldo restante em sua conta.

A seu critério, qualquer saldo não pago após 90 dias será enviado para cobrança, e o paciente será responsável por quaisquer taxas associadas à cobrança do saldo.

*Li e compreendi a Política Financeira descrita acima. Ao assinar abaixo, eu reconheço a responsabilidade e concordo com os termos acima.*

---

Assinatura da parte responsável

Data

## Confirmação de recebimento de aviso de práticas de privacidade

Aviso ao paciente:

Devemos fornecer-lhe uma cópia do nosso Aviso de práticas de privacidade, que define como podemos usar e/ou divulgar suas informações de saúde. Assine este termo para confirmar o recebimento deste aviso. Você pode se recusar a assinar esta confirmação, se desejar.

Reconheço que recebi uma cópia do Aviso de práticas de privacidade deste consultório.

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Responsável (se diferente do paciente): \_\_\_\_\_

Assinatura da Parte Responsável/ Paciente: \_\_\_\_\_

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

*Pelo presente, autorizo a discussão de todos os aspectos do meu tratamento odontológico com as pessoas listadas abaixo:*

Mãe

Marido

Pai

Esposa

Outro (Especificar): \_\_\_\_\_

### **PARA USO DO CONSULTÓRIO**

Tentamos obter uma confirmação por escrito do recebimento de nosso Aviso de práticas de privacidade, mas não conseguimos devido a:

Indivíduo recusar-se a assinar

Impossibilidade de comunicação para obter a confirmação

Situação de emergência nos impediu de obter confirmação

Outro (Especificar): \_\_\_\_\_