



The Art of Dentistry

Valeria Soltanik, DMD P.A.

2999 NE 191st street Suite 350
Aventura, Fl 33180
305-466-2334

No do Paciente.

Nome do paciente: _____
Sobrenome Nome Nome

Endereço _____
Rua Apto. Cidade Estado Codigo Postal

Quanto tempo neste endereço? _____ Licencia de Conducir No. _____

Telefone residencial _____ Telefone do Trabalho _____ Fax _____

Telefone Celular _____ Beeper _____ E-Mail _____

Sexo (M/F) _____ Estado Civil _____ Seguro Social No _____ Data de nascimento: _____ / _____ / _____
Mes Dia Ano

Seguro: Sim / Nao Nome da Seguradora _____ Seguro Social do Asegurado _____

Empleador _____ Ocupação _____ Anos en el trabajo _____

Como foi referido ao nosso consultorio? _____

PESSOA RESPONSAVEL PELO PACIENTE

Nome do paciente: _____
Sobrenome Nome Nome

Endereço _____
Rua Apto. Cidade Estado Codigo Postal

Quanto tempo neste endereço? _____ Licencia de Conducir No. _____

Telefone residencial _____ Telefone do Trabalho _____ Fax _____

Telefone Celular _____ Beeper _____ E-Mail _____

Sexo (M/F) _____ Estado Civil _____ Seguro Social No _____ Data de nascimento: _____ / _____ / _____
Mes Dia Ano

Empleador _____ Ocupação _____ Anos en el trabajo _____

REPRESENTACIONES

6. TANTO QUANTO EU SAIBA, RESPONDI CADA UMA DAS PERGUNTAS DE MANEIRA COMPLETA E VERDADEIRA. INFORMAREI O MEU DENTISTA SE OCORRER ALGUMA MUDANÇA EM RELAÇÃO À MINHA SAÚDE OU OS MEDICAMENTOS QUE TOMO QUE SERA CONFIDENCIAL, E É MINHA RESPONSABILIDADE INFORMAR-LHES QUALQUER MUDANÇA NA MINHA CONDIÇÃO MEDICA.
7. AUTORIZO ESTE CONSULTORIO A VERIFICAR MEU CREDITO OU A DO MEU ESPOSO/A ANTES DE QUALQUER CONVERSAÇÃO SOBRE PLANOS DE PAGAMENTO PELO TRATAMENTO NA DISCREÇÃO DESTE CONSULTÓRIO, E O USO DE UM OU MAIS REPORTES DE CREDITO.
8. CASO ESTE CONSULTORIO ACEPTE MEU SEGURO DENTAL, AUTORIZO QUE OS PAGAMENTOS SEJAM FEITOS DIRECTAMENTE A ESTE CONSULTORIO. SE OS PAGAMENTOS FOREM ENVIADOS À MIM, MADAREI ESTES PARA O CONSULTORIO. ENTENDO QUE EU SOU RESPONSAVEL DOS PAGAMENTOS PELOS SERVIÇOS FEITOS E PELOS CO-PAGAMENTOS E DEDUCIVÉIS QUE O SEGURO NAO COBRA.
9. SE FOR PRECISO ACUDIR A RECURSOS LEGAIS PARA A COBRANÇA DOS SERVICES RECEBIDOS, EU ACEPTO A RESPONSABILIDADE DOS HONORARIOS DOS AVOGADOS E TODOS OS GASTOS QUE ISTO OCASIONES. ENTENDO TAMBEM QUE TEREI UM CARGO DE 1.5% POR MES SOBRE O BALANÇO (OU O MAXIMO AUTORIZADO PELA LEI).
10. EU CONSENTO E AUTORIZO OS TRATAMIENTOS RECOMENDADOS PELO PESSOAL DO CONSULTÓRIO DENTAL.

ASSINATURA DO PACIENTE (DO PAI PO MÃE SE FOR MENOR) _____

DATA _____



The Art of Dentistry

Valeria Soltanik, DMD P.A.

2999 NE 191st street Suite 350

Aventura, Fl 33180

305-466-2334

Su historia medica incluye alguna de estas condiciones?

Sim **Não**

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Você tem boa saúde geral? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Houve alguma alteração na sua saúde no último ano? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nome e telefone do meu medico _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Você foi hospitalizado ou teve alguma doença séria? Se a resposta foi SIM, por quê? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sopro cardíaco, Febre reumática, Prótese de válvula cardíaca? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataques cardíacos, defeitos no coração? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pressão sangüínea alta? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de sangramento, ou de formação de hematomas facilmente) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Derrame, ou enrijecimento das artérias? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tem problemas circulatorios? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergia à: drogas, alimentos, medicamentos, latex? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dor no peito (angina)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas relativos a sinusite? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sufre de asma? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desmaios ou Convulsões? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatite ou outras doenças do fígado? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tem AIDS ou HIV? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tem problemas com as tiroides? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas respiratorios, enfisema o bronquitis? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificuldade em urinar, sangue na urina? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma, tuberculose, enfisema ou outras doenças do pulmão? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Doenças venéreas (sífilis ou gonorréia)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene problemas neurológicos, epilepsia? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Atendimento psiquiátrico? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tumores, cancer? Se a resposta foi sim, explique: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tratamentos de radiação? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Você já teve problemas com tratamento dentário? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | É alérgico à penicilina, critomicina o codeine? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Você está (ou pode estar) grávida ou amamentando? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Você toma pílula anticoncepcional? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Você tem ou já teve alguma outra doença ou problema médico NÃO mencionado neste formulário? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Atualmente você está tomando Drogas, Remédios, medicamentos? nome dos mesmos: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nome e telefone da sua farmacia _____ |

EM CASO DE EMERGENCIA

POR FAVOR CONTACTAR _____
Nome Telefone

DOCTOR'S NOTES