



# Community Health Connections

*We take great care of you!*

## PACIENTE NOVO – FORMULÁRIO DE REGISTRO DENTAL

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

Local CHC:  Fitchburg       Leominster       Gardner       MWCC Escola de higiene dental

Preferência do aluno: \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÃO DO PACIENTE:

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

Data de Nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade, Estado, CEP: \_\_\_\_\_

Social Security Number: \_\_\_\_\_

Telefone de casa: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telefone Celular: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telefone Trabalho: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

### OCUPAÇÃO (PAIS OU GUARDIÃ(O) SE MENOR DE IDADE):

Empregado?     Sim       Não

Ocupação: \_\_\_\_\_

Nome da Companhia: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade, Estado, Zip: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES DE SEGURO

**Dental** – Nome da Companhia de Seguro (ex: Masshealth, BC/BS, Delta, etc): \_\_\_\_\_

Member ID #: \_\_\_\_\_

Subscriber ID #: \_\_\_\_\_

Subscriber Name: \_\_\_\_\_

Subscriber DOB: \_\_\_\_\_

**Medical** - Nome da Companhia de Seguro (ex: Masshealth, BC/BS, Harvard Pilgrim etc): \_\_\_\_\_

Member ID #: \_\_\_\_\_

Subscriber ID #: \_\_\_\_\_

Subscriber Name: \_\_\_\_\_

Subscriber DOB: \_\_\_\_\_

### CONTATO DE EMERGÊNCIA

Nome do Contato de Emergência: \_\_\_\_\_

Relação com o Paciente: \_\_\_\_\_

Telefone de Casa: \_\_\_\_\_

Telefone Celular: \_\_\_\_\_

**X Eu completei esse formulário e certifico que sou o paciente ou parte autorizada do paciente e que toda informação acima é completa e precisa. Eu entendo que meu seguro dental possa pagar menos do que os serviços prestados custam e concordo em ser responsável pelo completo pagamento dos mesmos.**

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

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



# Community Health Connections

*We take great care of you!*

## HISTÓRICO MÉDICO DO PACIENTE

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

Data de Nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Você tem um médico?  Sim  Não

Nome do médico: \_\_\_\_\_

Último exame: \_\_\_\_\_

Telefone da clínica: \_\_\_\_\_

Você tem um especialista?  Sim  Não

Nome do especialista: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

Telefone da clínica: \_\_\_\_\_

## HITÓRICO DE SAÚDE DO PACIENTE:

Por favor liste **TODAS** as medicações que você toma (mesmo as sem prescrições): Nenhum(a):

NOME da medicação	Dosagem	Frequência

O seu medico recomendou que voce tomasse antibiotico antes do seu tratamento dentario? SIM  NÃO

Se sim, por favor, digas nos a rason e qual antibiotico voce esta tomando: \_\_\_\_\_

Por favor liste qualquer **CIRURGIA, HOSPITALIZAÇÃO, DOENÇA** que você teve no último ano: Nenhum(a):

Cirurgia/Hospitalização/Doença	Mês/Ano

Por favor liste qualquer **ALERGIA** que você tenha: Nenhuma:

Alergia	Reação

### Habits:

Tabaco (fumar, mastigar, Vaper, e-cigarrete)	SIM NÃO
Álcool (# drinks/ tipo por dia)	SIM NÃO
Café (xícaras por dia)	SIM NÃO
Drogas (tipo)	SIM NÃO



# Community Health Connections

*We take great care of you!*

## HITÓRICO DE SAÚDE DO PACIENTE:

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

data de Nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **Mulheres apenas:**

Você está grávida? Se sim – Quantos meses?	SIM	NÃO	
Está amamentando?	SIM	NÃO	
Utiliza algum tipo de contracepção? Se sim – O que você utiliza?	SIM	NÃO	

### **Por favor CIRCULE SIM ou NÃO (direita) se você atualmente tem ou teve histórico de:**

Marcapasso Cardíaco: Se sim – Data de colocação.	SIM	NÃO	AIDS/ Infecção por HIV	SIM	NÃO
Ataque Cardíaco – Se SIM, Data:	SIM	NÃO	Hepatite – A, B or C	SIM	NÃO
Prolapso da válvula mitral Se SIM, existe regurgitação?	SIM	NÃO	Doenças no fígado	SIM	NÃO
Angina (dor no peito)	SIM	NÃO	Doenças nos Rins	SIM	NÃO
Pressão Arterial Alta	SIM	NÃO	Câncer	SIM	NÃO
Pressão Arterial Baixa	SIM	NÃO	Leucemia	SIM	NÃO
Derrame	SIM	NÃO	Radio/Quimioterapia	SIM	NÃO
Epilepsia	SIM	NÃO	Alzheimer's / Demência	SIM	NÃO
Diabetes	SIM	NÃO	ADHD	SIM	NÃO
Artrite	SIM	NÃO	Desabilidade Intelectua	SIM	NÃO
Substituição articular – Se Sim, Pre-medicação necessária?	SIM	NÃO	Autismo/ Aspergers	SIM	NÃO
Problema de Tireóide – Hypo ou Hyper	SIM	NÃO	Doença Mental	SIM	NÃO
Úlceras estomacais / Refluxo Ácido	SIM	NÃO	Febre Reumática	SIM	NÃO
Glaucoma	SIM	NÃO	Uso de Medicação Fen-Phen	SIM	NÃO
Problemas Respiratórios (Emphysema, COPD, etc)	SIM	NÃO	Uso de Bifosfanato (Fosamax, Boniva, Actonel)	SIM	NÃO
Asma	SIM	NÃO	Uso de Viagra nas últimas 24 horas	SIM	NÃO
Anemia	SIM	NÃO	Outro:		

### Histórico Dental do Paciente:

### **Por favor CIRCULE SIM ou NÃO (direita) se você atualmente tem ou teve histórico de:**

Dore m qualquer dente	SIM	NÃO	Sangramento gengival ao escovar ou passar fio	SIM	NÃO
Dor de cabeça frequente	SIM	NÃO	Sensibilidade ao frio, calor ou doce	SIM	NÃO
Dificuldade na mastigação	SIM	NÃO	Tratamento ortodôntico (aparelho)	SIM	NÃO
Dor (junta, ouvido, lado da face)	SIM	NÃO	Tratamento endodôntico (canal)	SIM	NÃO
Lesões no pescoço ou cabeça	SIM	NÃO	Hemorragia pós extração	SIM	NÃO
Apertamento ou ranger de dentes	SIM	NÃO	Extrações difíceis	SIM	NÃO
Mordedura dos lábios ou Bochecha	SIM	NÃO	Usa dentaduras?	SIM	NÃO
Dificuldade de abrir ou fechar	SIM	NÃO	Gosta do seu sorriso?	SIM	NÃO
Cliques e estalos ao abrir e fechar	SIM	NÃO	Recebeu instruções de como tomar conta da gengiva e dos seus dentes.	SIM	NÃO
Dor ou caroços perto da boca, ouvido, face ou pescoço.	SIM	NÃO	Outro:		



# Community Health Connections

*We take great care of you!*

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Concentimento de Tratamento Dental

Eu, \_\_\_\_\_, Data de Nasc: \_\_\_\_\_ Certifico de que li e entendi as informações listadas acima. Eu precisamente respondi as questões acima sobre o histórico de saúde e histórico dental. Eu entendo que prover informações erradas ou insuficientes pode ser perigoso para minha (ou para pessoa sobre meu cuidado o(a) qual sou guardiã(o) legal) saúde. Por este meio, eu autorizo os serviços dentais do Community Health Connections – CHC e seus profissionais licenciados a me tratarem ou á pessoa sob meu cuidado (sou guardiã(o) legal) com os seguintes procedimentos (se/quando necessários): profilaxias (limpezas), restaurações, tratamento gengivais não cirúrgicos, todos serviços emergenciais e todo e qualquer outro serviço que o dentista considere necessário para criar e/ou manter uma melhor saúde bucal e em geral.

**X** Assinatura: \_\_\_\_\_

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

Assinatura do Profissional do CHC: \_\_\_\_\_

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

## Liberação e Autorização Dental

Eu, \_\_\_\_\_, Data de Nasc: \_\_\_\_\_ através deste autorizo os services dentais do Community Healthy Connections – CHC e seus profissionais licenciados a me tratarem (ou a pessoa sob meus cuidados o(a) sou guardiã(o) legal) com tratamentos dentais e/ou procedimentos dentais conforme recomendados pelo meu profissional dental depois de discutidos comigo. Eu autrizo o dentista a liberar qualquer informação sobre o diagnóstico e os registros de qualquer tratamento ou exames prestados para minha pessoa (ou para pessoa sobre meu cuidado o(a) qual sou guardiã(o) legal) durante o período dos mesmos para uma terceira parte tais como seguros e/ou outros profissionais da saúde incluindo departamento de Saúde Comportamental e departamento Médico quando necessário para coordenação do meu tratamento.

Eu autorizo e solicito a companhia de seguro a pagar diretamente para o dentista ou grupo dental de benefícios de seguro, de outro modo, pagáveis a mim.

**X** Assinatura: \_\_\_\_\_

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

Assinatura do Profissional do CHC: \_\_\_\_\_

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