



AJ Dental, LLC
Cosmetic & Implant Dentistry

Data: _____

Nome do Paciente: _____ # de Segurança Social: _____

Como você gostaria de ser chamado? _____ **Data de Nascimento:** _____ Idade: _____

Masculino Feminino Transexual Menor Solteiro Casado Separado Divorciado Viúvo Sem Resposta

Endereço: _____ **Cidade:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Telefone Fixo #: _____ **Celular #:** _____ **E-mail:** _____

Se e Menor – Nome do País: _____

Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Como podemos contatá-lo? Celular (Chamar/Mensagem de texto) E-mail Telefone Fixo

Idioma falado: _____

Idioma preferido: _____

Como nos descobriu? _____

Quem podemos agradecer por esta referência? _____

CONTATO DE EMERGÊNCIA

Nome: _____ Parentesco: _____

Telefone o Celular #: _____

ACORDO FINANCEIRO E CONSENTIMENTO DE COBERTURA DE SEGUROS

Certifico que eu e/ou meu(s) dependente(s), possuí(mos) cobertura com a seguradora anteriormente referida e atribuímos todos os benefícios no âmbito do seguro, caso existam, diretamente a AJ Dental, LLC, caso existam, por serviços prestados. *Comprendo que sou financeiramente responsável por todos os encargos, quer estes sejam ou não pagos pelo seguro.* Autorizo a utilização da minha assinatura em todas as apresentações de pedido de seguro.

AJ Dental, LLC pode utilizar as minhas informações clínicas e pode divulgar estas informações à(s) seguradora(s) anteriormente indicado(s) e aos seus respectivos agentes para efeitos de obtenção de pagamentos por serviços prestados e para determinação de benefícios do seguro ou de benefícios devidos por serviços relacionados. Esta autorização manter-se-á em vigor enquanto eu for paciente da AJ Dental, LLC.

Consentimento de Não Comparcêimento

Nosso escritório se esforça para fornecer os melhores cuidados e atendimento aos nossos pacientes. A fim de fornecer cuidados em um momento que é conveniente nossos pacientes, confiamos e apreciamos o seu compromisso com suas consultas marcadas. Nós também entendemos que há momentos em que os pacientes podem não estar disponíveis conforme programado. Como cortesia, pedimos que você notifique o nosso escritório com **24 horas de antecedência** para cancelar e / ou remarcar sua consulta.

Lembre-se de que a falta de notificação dentro do prazo de **24 horas** permitido resultará em uma taxa de **US \$ 50**.

Uma taxa administrativa de **US \$ 50** será retida por qualquer tratamento pré-pago que você decidir interromper.

X _____

Assinatura do Paciente ou Guardião/Responsável

Data



AJ Dental, LLC

Cosmetic & Implant Dentistry

155 Main St. Suite 400 | Danbury, CT 06810

Office: (203) 587-7999 | Fax: (203) 826-9538

FICHA DE SAÚDE

Nome do Paciente: _____ Altura: _____ Peso: _____

Nome do médico: _____ Telefone: _____

Endereço-Cidade/Estado/Código Postal: _____ Data do último exame físico: _____

Assinale "SIM" ou "NÃO" com um círculo para indicar se padece ou já padeceu das seguintes doenças:

SIDA/VIH	Sim	Não	Epilepsia	Sim	Não	Doença Respiratória	Sim	Não
Anemia	Sim	Não	Desmaios ou Tonturas	Sim	Não	Febre Reumática	Sim	Não
Artrite	Sim	Não	Glaucoma	Sim	Não	Febre Escarlatina	Sim	Não
Válvulas Cardíacas Artificiais	Sim	Não	Enxaquecas	Sim	Não	Falta de ar	Sim	Não
Articulações Artificiais	Sim	Não	Sopro Cardíaco	Sim	Não	Problemas de Sinusite	Sim	Não
Asma	Sim	Não	Problemas Cardíacos	Sim	Não	Erupção Cutânea	Sim	Não
Problemas Lombares	Sim	Não	Hepatite – Tipo _____	Sim	Não	Dieta Especial	Sim	Não
Sangramento Anormal	Sim	Não	Herpes	Sim	Não	Acidente Vascular Cerebral	Sim	Não
Doença Sanguínea _____	Sim	Não	Pressão Alta	Sim	Não	Pés/Tornozelos inchados	Sim	Não
Câncer _____	Sim	Não	Icterícia	Sim	Não	Pescoço /Glândulas inchadas	Sim	Não
Dependência de Drogas	Sim	Não	Dor Maxilar/na Mandíbula	Sim	Não	Problemas de Tiróide	Sim	Não
Quimioterapia	Sim	Não	Doença Hepática	Sim	Não	Amigdalite	Sim	Não
Problemas de Circulação	Sim	Não	Pressão Baixa	Sim	Não	Tuberculose	Sim	Não
Lesão Cardíaca Congênita	Sim	Não	Prolapso Mitral	Sim	Não	Tumores	Sim	Não
Tratamentos de Cortisona	Sim	Não	Problema do Sistema Nervoso	Sim	Não	Úlceras	Sim	Não
Tosse, persistente, sangue	Sim	Não	Marcapasso Cardíaco	Sim	Não	Doença Venérea (DST)	Sim	Não
Diabetes _____	Sim	Não	Tratamento Psiquiátrico	Sim	Não	Perda de Peso, acentuada	Sim	Não
Enfisema	Sim	Não	Tratamento de Radiação	Sim	Não	ADD/ADHD	Sim	Não

Comentários: _____

Já teve alguma doença grave não listados acima? Sim Não _____

Já alguma vez tomou algum fármaco do grupo de fármacos colectivamente referido como "fen-phen"? Estes incluem combinações de Ionimin, Adipex, Fastin, (denominações comerciais de fentermina), Pondimin (fenfluramina) e Redux (dexfenfluramina) Sim Não _____

Já alguma vez tomou Fosamax, Boniva, Actoner ou quaisquer outros medicamentos contendo bifosfonatos? Sim Não _____

Utiliza lentes de contacto?	Sim	Não	Alergias Você é alérgico a: Aspirina Nenhuma Alergia Reconhecida: _____ Barbitúricos (Sedativos) Látex Codeína Iodo Penicilina Anestésico Local Outro: _____	
Toma anticoncepcionais?	Sim	Não		
Está grávida?	Sim	Não		Data do parto : _____
Está amamentando?	Sim	Não		
Cirurgia?	Sim	Não		_____
Você fuma ou mastiga tabaco?	Sim	Não		Frequência: _____

Medicamentos

Anote quaisquer Medicamentos, Vitaminas, ou Suplementos que esteja atualmente a tomar:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Respondi a todas as questões relacionadas com o historial clínico passado e presente da minha pessoa ou dos meus dependentes de forma completa e honesta. Informe o dentista ou outro pessoal do consultório acerca de todas as doenças, incluindo alergias. Compreendo igualmente que se eu ou o meu dependente sofrermos quaisquer alterações no estado de saúde ou de medicação, irei informar o dentista ou outro pessoal na consulta seguinte.

X

Assinatura do Paciente ou Guardião/Responsável

Assinatura do Dentista

Data



AJ Dental, LLC

Cosmetic & Implant Dentistry

155 Main St. Suite 400 | Danbury, CT 06810

Office: (203) 587-7999 | Fax: (203) 826-9538

HISTÓRIA DENTAL

Assinale "SIM" ou "NÃO" ou "NS" com um círculo para responder às seguintes perguntas:				NS = NÃO SEI			
Suas gengivas sangram quando você escova ou usa fio dental?	Sim	Não	NS	Você tem algum clique, estalos ou desconforto na mandíbula/maxila?	Sim	Não	NS
Seus dentes são sensíveis ao frio, quente, doces ou pressão?	Sim	Não	NS	Você aperta ou range os dentes?	Sim	Não	NS
Alimentos ou fio dental agarra entre os dentes?	Sim	Não	NS	Você usa dentaduras ou parciais?	Sim	Não	NS
Sente que sua boca é seca?	Sim	Não	NS	Você já teve uma lesão grave na sua cabeça ou na boca?	Sim	Não	NS
Você já alguma vez teve algum tratamento periodontal (das gengiva)?	Sim	Não	NS	Data do seu último exame dentário: _____			
Você alguma vez teve algum problema associado com o tratamento dental no passado?	Sim	Não	NS	Qual a razão para a sua visita dental hoje? _____			
Você está atualmente sentindo alguma dor de dente ou desconforto?	Sim	Não	NS	Como você se sente sobre o seu sorriso? _____			

NOTIFICAÇÃO DO RECEBIMENTO DO AVISO DE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE DA HIPAA

Eu, _____, por meio deste, reconheço que tenho recebido e revisado uma cópia do aviso de praticas de privacidade da HIPAA da [AJ Dental, LLC].

Eu entendo que o Aviso de Praticas de Privacidade da HIPAA da [AJ Dental, LLC], podem ser alteradas periodicamente e que tenho o direito de receber uma cópia revisada do mesmo mediante um pedido.

Eu entendo que, se eu tiver perguntas sobre o Aviso de Praticas de Privacidade da HIPAA da [AJ Dental, LLC], posso entrar em contato com [Thales Lopes, 155 Main Street, Suite 400, Danbury, CT 06810. Telefone #: 203-587-7999]

Eu entendo que é meu direito de se recusar a assinar este aviso, se assim eu escolher, e que [AJ Dental, LLC] não podera recusar tratamento, se eu me recusar a assinar o aviso.

Eu entendo que posso contactar a Secretaria do departamento de saúde e serviços humanos dos Estados Unidos, se eu tiver alguma preocupação em relação às políticas de privacidade e procedimentos da [AJ Dental, LLC]. Para obter informações sobre como entrar em contato com departamento de saúde e serviços humanos dos Estados Unidos, por favor pergunte ao [Thales Lopes], mencionado acima, para obter assistência.

X

Assinatura do Paciente ou Guardião/Responsavel

Data

X

Assinatura do Representante

Escreva o Nome do Representante

FOR OFFICE USE ONLY

[AJ Dental, LLC] made a good-faith effort to obtain Acknowledgement, from the patient noted above, of receipt of its *HIPAA Notice of Privacy Practices*. In spite of these efforts, [AJ Dental, LLC] was unable to obtain a signed Acknowledgement for the following reason(s):

- Refusal to sign Acknowledgement on _____, 20____.
- Communications barriers prohibited us from obtaining a signed Acknowledgement.
- An emergency situation prohibited us from obtaining a signed Acknowledgement.
- Other (Describe): _____

Patient ID	Received by	Date



AJ Dental, LLC

Cosmetic & Implant Dentistry

155 Main St. Suite 400 | Danbury, CT 06810

Office: (203) 587-7999 | Fax: (203) 826-9538

CONSENTIMENTO INFORMADO

Por favor, leia cuidadosamente este formulário. Se você tiver quaisquer perguntas, nossa equipe terá prazer em ajudá-lo.

1. Autorizo o dentista e / ou auxiliar de medicina dentária para realizar tratamento odontológico com o uso de quaisquer radiografias (raios-x) necessárias ou aconselháveis e / ou quaisquer outros meios auxiliares de diagnóstico, a fim de concluir um diagnóstico e plano de tratamento completo.
2. Eu entendo que radiografias, fotografias, moldes da boca, ou outros meios auxiliares de diagnóstico usados para um diagnóstico e plano de tratamento precisos são propriedade do dentista, mas cópias de certos materiais estão disponíveis mediante solicitação por uma taxa.
3. Em termos gerais, o procedimento dentário (s) podem incluir, mas não são limitados a:
 - Exame oral abrangente, radiografias, limpeza dos dentes, bem como a aplicação de flúor tópico.
 - Aplicação da resina "selantes" para os sulcos dos dentes.
 - Tratamento de dentes doentes, feridos ou com restaurações dentárias (resinas).
 - O tratamento de doença ou ferida no tecido oral como lesões traumáticas, acidentes ou infecções
 - **Extração:** (consentimento específico e autorização especial será dada antes do procedimento)
 - **Coroas e Pontes:** Compreendo que por vezes não é possível obter exactamente a cor dos meus dentes naturais nos dentes artificiais. Compreendo que poderei ter de utilizar coroas temporárias, que saem facilmente, e que deverei ter cuidado para garantir que estas se mantêm no lugar até à colocação das coroas permanentes. Compreendo que a última oportunidade para fazer alterações na minha nova coroa/ponte (incluindo formato, ajuste, tamanho, cor) será antes da cementação
 - **Tratamento endodôntico (Tratamento de Canal):** Compreendo que não existe qualquer garantia de que o tratamento de canais radiculares salve o meu dente e que podem ocorrer complicações resultantes do tratamento, e que ocasionalmente são cementados objectos metálicos no dente ou na extensão do mesmo até à raiz, o que não afecta necessariamente o êxito do tratamento. Compreendo que é possível que ocasionalmente sejam necessários procedimentos cirúrgicos adicionais a seguir ao tratamento de canais radiculares (apicectomia)
 - **Perda Periodontal (Tecido & Osso):** Compreendo que a doença periodontal é uma doença grave, provocando uma infecção ou perda de gengiva e de osso que pode resultar na perda dos meus dentes. Ser-me-ão explicados planos de tratamento alternative incluindo cirurgia periodontal, substituições e/ou extracções. Compreendo que a realização de quaisquer procedimentos dentários pode ter efeitos adversos futuros na minha doença periodontal.
 - **Próteses dentárias, completas ou parciais:** Compreendo que as próteses dentárias totais ou parciais são artificiais, construídas em plástico, metal e/ou porcelana. Foram-me explicados os problemas que a utilização destes aparelhos envolve, incluindo, folga, dor e possível fractura. Compreendo que a última oportunidade para fazer alterações nas minhas novas próteses dentárias (incluindo formato, ajuste, tamanho, colocação e cor) será na consulta de prova do molde. Compreendo que a maior parte das próteses dentárias necessitam de ser revestidas de novo aproximadamente três a doze meses após a colocação inicial. O custo destes procedimentos não está incluído nas tarifas iniciais relativas à prótese dentária. Compreendo que a utilização de próteses dentárias é difícil e que existem problemas comuns, tais como pontos dolorosos, alteração na forma como fala e dificuldade em comer. As próteses dentárias imediatas (colocação de próteses imediatamente após extracções) podem ser muito dolorosas, irão necessitar de ajustes consideráveis e vários revestimentos e necessitarão de um novo revestimento permanente posteriormente; este procedimento NÃO está incluído nas tarifas relativa à prótese dentária. É necessário fazer o molde necessário, as consultas de prova do molde e de entrega da prótese; o não comparecimento nestas consultas pode resultar em próteses dentárias mal ajustadas e na necessidade de refazê-las, originando encargos adicionais.
 - **Obturações:** Compreendo que deverei ter cuidado ao mastigar sobre as obturações, especialmente durante as primeiras 24 horas, para evitar a sua fractura. Compreendo que poderá ser necessária uma obturação mais dispendiosa devido a cáries adicionais que possam ser vistas através de um raio-x e que é comum existir uma sensibilidade significativa após a realização de uma nova obturação.
4. **Fármacos e medicamentos:** Compreendo que antibióticos e analgésicos e outros medicamentos podem causar reacções alérgicas provocando vermelhidão e dilatação dos tecidos, dor, prurido, vômitos e/ou choque anafiláctico (reacção alérgica).
5. **Alterações no plano de tratamento:** Compreendo que, durante o tratamento, pode ser necessário alterar ou adicionar procedimentos devido a condições encontradas durante o trabalho dentário que não foram descobertas durante o exame, sendo o mais comum o tratamento de canais radiculares a seguir a procedimentos de restauração de rotina. Autorizo o dentista a fazer todas e quaisquer alterações e adições que considere necessárias depois de terem sido descobertas e discutidas.

Compreendo que o dentista não é responsável por tratamentos dentários anteriores realizados noutros consultórios. Compreendo que, ao longo do tratamento, as próteses já existentes podem necessitar de ser ajustadas e/ou substituídas. Tenho a percepção de que nem sempre é possível dar garantias de resultados ou satisfação absoluta no serviço de saúde dentária.

Compreendo que a medicina dentária não é uma ciência exacta e que, por conseguinte, os médicos respeitáveis não podem garantir totalmente os resultados. Reconheço que não foi feita qualquer garantia por qualquer pessoa relativamente ao tratamento dentário que solicitei e autorizei.

Confirmo por este meio que li e compreendo este consentimento e o significado do seu teor. Todas as questões foram respondidas de forma satisfatória e considero ter informação suficiente para dar este consentimento informado. Declaro ainda ter conhecimento de que este consentimento manter-se-á em vigor até ser revogado por mim

X

Assinatura do Paciente ou Guardião/Responsável

Data