

---

# Ashland Elite Dental

---

John W. Zarrella, DMD

---

171 Main Street #100, Ashland, MA 01721  
Tel: (508)881-1280

## 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

**Marque a resposta apropriada**

Em geral, sua saúde é	<input type="checkbox"/> Exelente	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim
Data do seu último exame médico _____				
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 médico?	<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"/> Inchaço dos pés ou tornozelos      | <input type="checkbox"/> Próteses nas juntas         | <input type="checkbox"/> Dependência química      |
| <input type="checkbox"/> Válvula artificial no coração      | <input type="checkbox"/> Problemas na válvula mitral | <input type="checkbox"/> Tratamento com cortisona |
| <input type="checkbox"/> Doenças sexualmente transmissíveis | <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 \_\_\_\_\_

---

# Ashland Elite Dental

---

John W. Zarrella, DMD

## NORMAS DO CONSULTÓRIO

### 1.) ACORDO FINANCEIRO

O pagamento pelos serviços prestados à você deve ser feito no dia da sua consulta. Nós enviaremos as cobranças à sua companhia de seguro dentário como cortesia. A companhia de seguro geralmente paga uma porção dos preços cobrados pelo consultório. Você é responsável pela porção que não é paga pelo seguro. Eu autorizo o meu seguro a pagar o consultório Ashland Elite Dental diretamente. \_\_\_\_\_ Iniciais

### 2.) CANCELAMENTO E FALHA AO COMPARECER ÀS CONSULTAS

Compreendemos que imprevistos acontecem e que isso possa interferir no seu comparecimento à consultas previamente marcadas. Requerimos 72 horas de aviso prévio para mudança ou cancelamento de consultas. A falta de aviso prévio resultará em uma cobrança de \$60.00 para consultas de limpeza e restauração. Para consultas com o/a especialista serão cobrados \$110.00 se o aviso não for dado com, no mínimo, 5 dias de antecedência. \_\_\_\_\_ Iniciais

### 3.) CÓPIA DE RAIOS-X

Entendo que as radiografias e registros dentários são propriedades do consultório Ashland Elite Dental. O custo pela cópia de raio-x é de \$28.00. Se uma duplicação é requisitada, pedimos o período de 72 horas para a entrega ou envio do documento. \_\_\_\_\_ Iniciais

### 4.) CARTÕES DE LEMBRETE/LIGAÇÕES/ MENSAGENS DE SMS/E-MAIL DE CORTESIA

Eu autorizo que o consultório Ashland Elite Dental me envie notificações pelo correio, por via telefônica e via internet. \_\_\_\_\_ Iniciais

### 5.) PAGAMENTOS

Falha ao pagar o seu saldo depois de 90 dias, resultará no envio da sua conta para uma agência de cobrança. Uma taxa de \$50 será cobrada e mais 20% do valor da dívida será agregada ao seu saldo.

A minha assinatura indica que eu compreendo e aprovo os regulamentos listados acima e assumo a responsabilidade pelos serviços recebidos.

Paciente/Pais/Responsáveis: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

# ASHLAND ELITE DENTAL

---

## ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

**\*\*You May Refuse to Sign This Acknowledgement\*\***

I, \_\_\_\_\_, have received a copy of this office's Notice of Privacy Practices.

\_\_\_\_\_  
{Please Print Name}

\_\_\_\_\_  
{Signature}

\_\_\_\_\_  
{Date}

\_\_\_\_\_  
{Person Authorized to Release Information to (ex. Spouse, Parent, Guardian, or Sibling)}

---

### For Office Use Only

---

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
© 2002 American Dental Association  
All Rights Reserved

Reproduction and use of this form by dentists and their staff is permitted. Any other use, duplication or distribution of this form by any other party requires the prior written approval of the American Dental Association.

This Form is educational only, does not constitute legal advice, and covers only federal, not state, law (August 14, 2002).