

Goose Creek Family & Cosmetic Dentistry

Obrigado pela preferencia!

Primerio Nome: _____ Último Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Social: _____ H () M ()

Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Zip: _____

Tel de casa: _____ CEL: _____ email: _____

Informações do seguro:

Seguradora: _____

Titular: _____ DDN do titular: _____ Social: _____

Empregador do Titular: _____

O seu seguro cobre todos os membros da sua familia? _____

- Assinando esse formulario você concorda em ter suas informações enviadas a sua seguradora para acelerar o processo de pagamento.

Assinatura: _____ Data: _____

Como foi referido para nosso escritório? _____

Quando foi sua ultima consulta ao dentista? _____

Politica Financeira

Nós aceitamos a maioria dos cartões de crédito para sua conveniência. Saiba que qualquer valor não pago pelo seu seguro será de sua inteira responsabilidade. Caso não tenha seguro, é de sua inteira responsabilidade efetuar o pagamento diretamente ao consultório. Valores agendados do plano de tratamento serão efetuados adiantados ou ao menos uma parte desde que aceita pelo médico ou gerência.

Eu li, e aceito a política financeira do consultório.

Assinatura: _____ Data: _____

Goose Creek Family & Cosmetic Dentistry

Historico Médico

Você tem um Médico clinico geral? () Sim () Não. Se sim, qual: _____

Foi hospitalizado recentemente: () Sim () Não. Se sim, porque: _____

Toma algum tipo de medicamento?() Sim () Não. Se sim, qual: _____

Tens algum problema de saúde como:

___ Marcapaso

___ Tiroides

___ Problemas Cardíacos

___ Tumores / Câncer

___ Febre Reumática

___ Cirurgia em alguma articulação

___ Sopro no coração

___ Problemas no seu sistema endocrino ou transtorno glandular

___ Quimioterapia

___ Asma

___ Febre

___ Alergias a algum medicamento

___ Enfermidade hepática ou renal

___ Hepatitis

___ AIDS

___ Problemas sanguíneos / antioagulante

___ Pressão arterial alta ou baixa

___ Tuberculosis / Pneumonia

___ Diabetes

___ Depressão

___ Epilepsia

___ Mulheres: Grávida? () sim () nao

___ Transfusão de sangue nos ultimos 5 anos

___ Medicamentos para osteoporose

___ Outro: _____

Historico Dentario

Marque com um X na frente dos sintomas ou procedimentos que você ja teve ou tem

___ Cirurgia periodontal (Retalho gengival / Gengivectomia / Gengivoplastia) Se sim, Quando: _____

___ Aparelho dentário. Se sim, quando: _____

___ Mal cheiro persistente.

___ Dentaduras ou parciais: Se sim, quando: _____

___ Acumulação de comida entre os dentes.

___ Alguma dor em area especifica. Se sim, onde: _____

___ Problemas mandibulares.

___ Ulceras or machucados que ainda não se curaram.

___ Dores de cabeça frequentes

___ Queimação na lingua.

___ Ranger de dentes

___ Sangramento na gengiva.

Está feliz com seu sorriso? () Sim () Nao, Se não, porque: _____

Assinatura: _____ Data: _____

Goose Creek Family & Cosmetic Dentistry

Dr. Ryan Gilreath. DMD

Resumo das Regras de Privacidade

Por lei as regras de privacidade são apresentadas em ingles.

Este e somente um resumo, caso queira as informações completas as mesmas serão apresentada em ingles é so pedir a secretaria.

- Nós somos obrigados por lei a proteger a suas informações pessoais, planos de tratamento, relações financeiras. Temos autorização de mandar suas informações quando se é referido a outro Dentista para acelerar o processo de agendamento. Não usaremos sua informação para nenhuma companhia de marketing sem a sua permissão.

- Esta política descreve as formas como coletamos, armazenamos, usamos e protegemos suas informações pessoais. Você aceita essa política e concorda com tal coleta, armazenamento e uso quando se inscrever ou usar nossos produtos, serviços ou qualquer outro recurso, tecnologia ou funcionalidade que nós oferecemos. Podemos alterar a esta política a qualquer momento.

Por favor nos comunique se tens alguma duvida ou questionamento sobre os seus diretos.

Eu _____ entendo o meu direito de obter uma copia das regras de privacidade em ingles e entendo o resumo por aqui traduzido.

Assinatura _____ Data: _____