

Paciente Adulto

Nome completo		Apelido	Data nasc	Sexo
Residência	Cidade	Zip	Tel casa/ celular	
Empregador		Ocupação		
Outros familiares que trataram no nossa clínica		Encaminhado por quem (dentista, amigo, jornal, etc...)		
Nome do esposo(a)				
Empregador do esposo(a)		Ocupação		
Endereço do empregador	Cidade	Zip	Tel trabalho	

Informação de Seguro Dentário

Nome do segurado	Número	Data nasc
Seguradora	Estado	
Empregador	Número do grupo	
Membro com seguro secundário	Número de membro	Data nasc
Seguradora secundária	Estado	
Empregador	Número do grupo	
Eu aceito total responsabilidade pelo pagamento de todos os custos referidos ao meu tratamento pela Carvalho & Roth Orthodontics. Eu estou completamente ciente que, quando necessário, a minha história de crédito poderá ser obtida diretamente com as Agência de Crédito.		
Assinatura do(a) responsável		

História Dentária

Dentista	Cidade	Tel																																								
Queixa principal / Motivo da consulta	Data última limpeza dentária																																									
Tratamento ortodôntico prévio	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se positivo, por quem?																																									
Algum problema de gengiva e/ou perda óssea?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se positivo, explique:																																									
Algum problema dentário INCOMUM?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se positivo, explique:																																									
Alguma história de trauma nos dentes?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se positivo, explique:																																									
Alguma tendência para engasgar com facilidade?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se positivo, explique:																																									
Algum problema da fala?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se positivo, explique:																																									
Algum dos problemas seguintes no presente ou passado:																																										
<table border="0"> <tr> <td>Sim</td><td>Não</td><td>Sim</td><td>Não</td><td>Sim</td><td>Não</td><td>Sim</td><td>Não</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td colspan="2">Chupar dedo</td> <td colspan="2">Morder os lábios</td> <td colspan="2">Ranger os dentes</td> <td colspan="2">Outro</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Chupar polegar</td> <td colspan="2">Roer as unhas</td> <td colspan="2">Roucar</td> <td colspan="2">_____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Projeção da língua</td> <td colspan="2">Respirar pela boca</td> <td colspan="2">Fumar/ mastigar tabaco</td> <td colspan="2">_____</td> </tr> </table>	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chupar dedo		Morder os lábios		Ranger os dentes		Outro		Chupar polegar		Roer as unhas		Roucar		_____		Projeção da língua		Respirar pela boca		Fumar/ mastigar tabaco		_____			
Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Chupar dedo		Morder os lábios		Ranger os dentes		Outro																																				
Chupar polegar		Roer as unhas		Roucar		_____																																				
Projeção da língua		Respirar pela boca		Fumar/ mastigar tabaco		_____																																				
Você está preocupado(a) ou ansioso(a) em relação ao tratamento ortodôntico?																																										
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																																								
Você está preocupado(a) com a aparência dos seus dentes?																																										
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																																								
Preocupação(ões) em relação ao seu tratamento ortodôntico: <input type="checkbox"/> Qualidade <input type="checkbox"/> Custo <input type="checkbox"/> Desconforto <input type="checkbox"/> Duração																																										

