

Formulários adicionais estão disponíveis em nosso site: **protectingallsmile.com**

Data:

Nome da Criança: _____ Apellido da criança, se houver: _____

Nome	Inicial do meio	Sobrenome
------	-----------------	-----------

Endereço: _____

Rua/Apto nº	Cidade	Estado	Código Postal

Telefone Residencial: _____ Celular do Responsável: _____ Nome/Número do Contato de Emergência: _____

Endereço de E-mail: _____

Data de Nascimento: / / Idade: ☐ Masculino ☐ Feminino Série da Criança N° da Sala da Criança:

☐ hispânica/Latina ☐ Negra/Afro-Americana ☐ Indígena Americana/Nativa do Alasca ☐ Asiática ☐ Nativa Havaiana ou de outra Ilha do Pacífico

☐ Branca/Caucasiana ☐ Outra

Que idioma a criança fala em casa? _____

HISTÓRICO MÉDICO: embora a equipe odontológica trate principalmente a área dentro e ao redor da boca, a boca faz parte de todo o corpo. Problemas de saúde ou medicamentos que possam ser tomados podem ter uma relação importante com os serviços odontológicos que seu/sua filho(a) receberá. Obrigado por responder às seguintes perguntas.

1. Seu/sua filho(a) está tomando algum medicamento? SIM / NÃO
2. Se sim, liste todos os medicamentos: _____
3. Liste todas as alergias: _____
4. Seu/sua filho(a) está atualmente sob os cuidados de um médico, além de exames? SIM / NÃO
5. Seu/sua filho(a) tem alguma das seguintes condições? Se sim - circule a condição

Asma	Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH)	Autismo	Câncer	Síndrome de Down	Epilepsia	Problemas de Sangramento	Problemas Cardíacos
Sopro Cardíaco	Hepatite	Alergia a Látex	Febre Reumática	Tuberculose	Diabetes	Convulsões	Outra, especifique

HISTÓRICO ODONTOLÓGICO:

6. Você já foi informado(a) de que seu/sua filho(a) precisa tomar antibióticos antes de qualquer tratamento odontológico? SIM / NÃO
7. Quanto tempo faz desde a última vez que seu/sua filho(a) visitou um dentista/higienista? Assinale uma opção.
- | | |
|--|---|
| ☐ 6 meses ou menos | ☐ Mais de 6 meses, mas não mais de 1 ano atrás |
| ☐ Mais de 1 ano atrás, mas não mais de 3 anos atrás | ☐ Mais de 3 anos atrás |
| ☐ Nunca foi ao dentista / higienista | ☐ Não sei / não me lembro |
- Nome da clínica odontológica das experiências odontológicas anteriores: _____
8. Durante os últimos 6 meses, seu/sua filho(a) teve dor de dente mais de uma vez ao morder ou mastigar? SIM / NÃO
9. Você gostaria de ajuda para encontrar uma clínica odontológica permanente? SIM / NÃO
10. Quais são SUAS preocupações ou perguntas sobre os dentes de seu/sua filho(a)? _____

*Assinale o tipo de seguro que você tem E escreva o número de adesão _____

 MassHealth

☐ Seguro Particular (nome)

☐ Sem Seguro Odontológico

Concedo permissão para que meu/minha filho(a) receba serviços de atendimento odontológico preventivo clínico. Entendo que este consentimento permanecerá em vigor por dois anos. Se forem colocados selantes dentários, eles serão verificados novamente e substituídos na próxima consulta, se necessário. É de responsabilidade dos pais/responsáveis informar o prestador de serviços odontológicos sobre quaisquer alterações nas informações médicas de seus filhos. Entendo que uma cópia do histórico odontológico e das descobertas de meu/minha filho(a) será entregue ao nosso parceiro da comunidade e que todas as informações sobre ele(a) serão mantidas em sigilo. Se eu tiver seguro odontológico, autorizo minha seguradora a ser cobrada por quaisquer serviços prestados. A Protecting All Smiles, LLC. fará todos os esforços para NÃO interferir com suas consultas odontológicas regulares. Recebi uma cópia do Aviso de Práticas de Privacidade da Protecting All Smiles, LLC. Li e compreendi o programa odontológico e concordo com a participação de meu/minha filho(a). Autorizo o programa odontológico a fazer quaisquer encaminhamentos ao dentista de meu/minha filho(a), quando aplicável. A Protecting All Smiles, LLC. não cobra famílias diretamente pelos serviços preventivos que prestamos. **Entendo que esses serviços são prestados por Higienistas Odontológicos de Saúde Pública e o exame não substitui um exame odontológico realizado por um dentista. Um exame odontológico por um dentista é recomendado anualmente.**

X _____
Nome em letra de forma do Pai/Mãe/Responsável

Assinatura do Pai/Mãe/Responsável