

Children's Dental Care CORP.
422 Main Street
Stoneham, MA, 02180
Tel: (781)438-0300
Fax: (781)438-0336

RECONHECIMENTO DE RECEBIMENTO DE NOTIFICAÇÃO DE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE

Você pode se recusar a assinar este reconhecimento

Eu,(nome do responsável),
recebi uma cópia do Aviso de Práticas de Privacidade deste escritório.

.....Nome da Criança

.....
Data

Assinatura

Para Uso do Consultório

Tentamos obter uma confirmação por escrito do recebimento de nosso Aviso de Práticas de Privacidade, mas a confirmação não pôde ser obtida porque:

- Indivíduo recusou-se a assinar
- Barreiras de comunicação proibiram de obter o reconhecimento
- Uma situação de emergência nos impediu de obter o reconhecimento
- Outro

(specifique).....
.....
.....

DADOS DO PACIENTE:

Sobrenome		Nome		Telefone	Data de Nascimento
Apelido	Sexo	Endereco		Cidade	Zip
Nome do Pai		Data de Nascimento		Social security#	Ocupação
Nome da Mãe		Data de Nascimento		Social security#	Ocupação

Nome e idade dos irmãos: _____

DADOS DOS PAIS: Solteiro(a) Divorciado(a) Casado(a) Viuvo (a)

E-mail

Telefone do trabalho do pai	Celular do pai	Telefone do trabalho da Mae	Celular da Mae
------------------------------------	-----------------------	------------------------------------	-----------------------

Dentista Antigo ou da Familia	Telefone
--------------------------------------	-----------------

Medico Pediatra	Telefone
------------------------	-----------------

A quem devemos agradecer por indicar voce? _____



Children's Dental Care
Badrieh Edalatpour, D.M.D.

POLÍTICA FINANCEIRA

O pagamento é pago quando os serviços são prestados. Aceitamos dinheiro, cheques pessoais, Mastercard, Visa e Care Credit. No caso de divórcio ou separação, o pai que trazer a criança ao escritório será considerado responsável financeiramente.

POLÍTICA DE AGENDAMENTO

Se você não puder comparecer, pedimos que avise nosso consultório com pelo menos 24 horas de antecedência. Podem ser aplicadas taxas de consulta perdida.

INFORMAÇÕES DE SEGURO

Sua apólice de seguro é um contrato entre você, seu empregador e sua companhia de seguros. Portanto, você é responsável por entender sua cobertura, benefícios e máximo anual. Será necessária uma autorização para faturar sua companhia de seguros odontológicos. Por favor, preencha o seguinte para que tenhamos isso em arquivo.

PRIMARY INSURANCE CARRIER

SUBSCRIBER _____

SUBSCRIBER ID# _____

SUBSCRIBER CARRIER _____

INSURANCE CARRIER _____

GROUP# _____

CLAIM ADDRESS _____

CITY _____ STATE _____ ZIP _____

SECONDARY INSURANCE CARRIER

SUBSCRIBER _____

SUBSCRIBER ID# _____

SUBSCRIBER CARRIER _____

INSURANCE CARRIER _____

GROUP # _____

CLAIM ADDRESS _____

CITY _____ STATE _____ ZIP _____

Autorizo a(s) minha(s) seguradora(s) a pagarem os benefícios diretamente ao meu dentista. Entendo que todas as políticas são diferentes e sou responsável por conhecer as disposições do meu plano. Compreendo que sou responsável por todos os co-pagamentos, franquias e cobranças rejeitadas.

Li as informações acima e compreendo minhas obrigações.



Children's Dental Care
Badrieh Edalatpour, D.M.D.
Pediatric Dentistry
422 Main ST
Stoneham, Ma 02180
781-438-0300

Consentimento Geral

Pedimos que você leia e assine o seguinte. Isso significa que você entende o plano de tratamento recomendado ou os planos de tratamento alternativos que lhe foram apresentados.

Eu, o paciente de registro, fui informado pelo dentista da necessidade de se submeter ao tratamento de medicina oral odontológica conforme me foi apresentado, e as informações relevantes sobre o meu tratamento foram lidas por mim e explicadas a mim. Fui totalmente informado sobre o diagnóstico, detalhes e custos estimados do tratamento recomendado e alternativas. Concordo que entendo que, à medida que o tratamento avança, pode haver a necessidade de alterar o plano de tratamento. Se isso ocorrer, espero ser informado antes que qualquer mudança seja instituída.

Fui informado de que o sucesso do tratamento depende da minha cooperação em manter as consultas agendadas, seguir as instruções de cuidados domiciliares, incluindo higiene oral e instruções dietéticas, tomar os medicamentos prescritos e relatar ao meu dentista quaisquer alterações no meu estado de saúde. Reconheço que não foi apresentada nenhuma garantia ou garantia em relação ao tratamento ou seu sucesso a longo prazo.

Fui informado que a consulta preventiva consiste em profilaxia, aplicação de flúor e radiografias necessárias, a menos que a equipe odontológica tenha sido previamente informada do contrário.

Se o paciente for menor de 18 anos ou incompetente para consentir, um dos pais ou responsável legal deve assinar este consentimento informado geral.

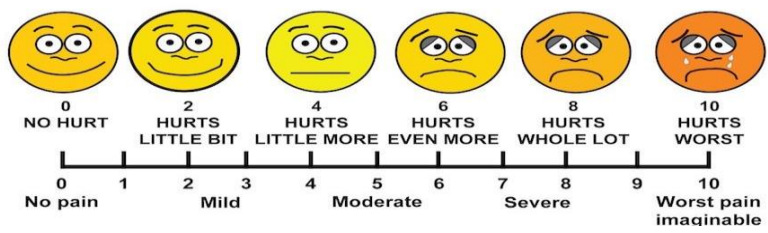
Nome do paciente: _____

Nome dos pais: _____

Data: _____

1. HISTÓRICO MEDICA

1. Seu filho tem alguma alergia (medicamentos, alimentos)? Se SIM por favor explique:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
2. Seu filho foi diagnosticado com distúrbios hemorrágicos, problemas cardíacos, convulsões ou câncer? Se SIM por favor explique:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
3. O médico do seu filho lhe disse que seu filho precisa de tratamento com antibiótico antes de qualquer procedimento odontológico?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
4. Seu filho foi diagnosticado com qualquer outra doença? Se SIM, qual a condição diagnosticada? _____ Se SIM, a condição durou mais de 12 meses?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
5. Seu filho usa atualmente medicamentos prescritos por um médico além de vitaminas? Se SIM, por favor especifique:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
6. Seu filho precisa de mais cuidados médicos, saúde mental ou serviços educacionais do que o normal para a maioria das crianças da mesma idade?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
7. Seu filho é limitado ou impedido de alguma forma em sua capacidade de fazer as coisas que a maioria das crianças da mesma idade?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
8. Seu filho precisa ou recebe terapia especial, como fisioterapia, terapia ocupacional ou fonoaudiologia?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
9. Seu filho tem algum tipo de problema emocional, de desenvolvimento ou comportamental para o qual precisa de tratamento ou aconselhamento?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
10. Durante os últimos 12 meses, com que frequência a condição da criança (médica, comportamental, emocional ou de desenvolvimento) afetou sua capacidade de realizar atividades diárias na escola ou em casa? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Geralmente <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Não sei	
11. Seu filho tem dificuldade com algum dos seguintes: . <input type="checkbox"/> Respiração (problemas respiratórios) <input type="checkbox"/> Audição <input type="checkbox"/> Visão <input type="checkbox"/> Dormir . <input type="checkbox"/> Auto-cuidado (comer/vestir-se/banho) <input type="checkbox"/> Prestar atenção/ouvir <input type="checkbox"/> Falar/comunicar . <input type="checkbox"/> Ansiedade/ Depressão	
12. Seu filho consulta um especialista para receber tratamento para qualquer condição listada acima? Se SIM, por favor complete a seguir: Nome do médico: _____ Especialidade: _____ Telefone do médico: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
13. Seu filho tem algum dos hábitos listados? (Atualmente ou teve no passado) . <input type="checkbox"/> Chupar o Dedo <input type="checkbox"/> Respiração bucal <input type="checkbox"/> Impulsão da língua <input type="checkbox"/> Roer unhas <input type="checkbox"/> Ranger de dentes	
14. A criança atualmente usa mamadeira para beber leite? Se SIM, a criança dorme com a mamadeira	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
15. Com que frequência a criança bebe suco de maçã, refrigerantes, limonada ou outros refrigerantes? . <input type="checkbox"/> 2>/dia <input type="checkbox"/> 1/dia <input type="checkbox"/> 2>/semana <input type="checkbox"/> 1/semana <input type="checkbox"/> 2>/mês <input type="checkbox"/> 1/ mês <input type="checkbox"/> Nunca	
16. Com que frequência a criança come lanches entre as refeições? . <input type="checkbox"/> 2>/dia <input type="checkbox"/> 1/dia <input type="checkbox"/> 2>/semana <input type="checkbox"/> 1/semana <input type="checkbox"/> 2>/mês <input type="checkbox"/> 1/ mês <input type="checkbox"/> Nunca	

1. HISTÓRIA DENTAL E SAÚDE ORAL	
2. Esta é a primeira visita da criança ao dentista?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
3. Se NÃO, qual a data do último exame odontológico (mm/dd/aaaa):	
4. A criança tem algum problema dentário hoje?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
5. A criança já recebeu anestesia local (Novocaína) anteriormente?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
6. A criança está sentindo dor hoje?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
7. Se SIM, peça à criança para selecionar o nível de dor	
<p>PAIN MEASUREMENT SCALE</p> 	
8. Quem escova os dentes da criança?	<input type="checkbox"/> CRIANÇA <input type="checkbox"/> PAIS <input type="checkbox"/> OUTRO
9. Quantas vezes por dia a criança escova os dentes?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2>
10. A criança usa creme dental à base de flúor?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI
11. Quantas vezes a criança passa fio dental por dia?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2>
12. A criança bebe água da torneira?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
13. A água da torneira em casa é fluoretada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI

Por meio deste, dou permissão ao Children's Dental Care para fornecer tratamento odontológico ao meu filho, que o dentista julgar necessário e adequado. O tratamento de rotina pode incluir, mas não se limita a, anestésico tópico e local (infecções), radiografias, etc.

Assinatura do responsável legal _____ Data _____



Children's Dental Care
Badrieh Edalatpour, D.M.D.
Pediatric Dentistry
422 Main ST
Stoneham, Ma 02180
781-438-0300

Política de cancelamento de agendamento

Nós nos esforçamos para prestar um excelente atendimento odontológico ao seu filho e ao resto de nossos pacientes. Na tentativa de sermos coerentes com isso, temos uma Política de Cancelamento de Consultas que nos permite agendar consultas para todos os pacientes. Quando uma consulta é agendada, esse horário foi reservado para você e, quando falta, esse horário não pode ser usado para tratar outro paciente.

Nossa política é a seguinte:

Exigimos que você avise nosso escritório com 48 horas de antecedência no caso de precisar reagendar a consulta de seu filho ou filhos. Isso permite que outros pacientes sejam agendados para essa consulta. Se o(s) seu(s) filho(s) faltarem a um compromisso sem entrar em contato com nosso escritório dentro do tempo necessário, isso será considerado um compromisso perdido. Uma taxa de \$ 50,00 será cobrada de você; esta taxa não pode ser cobrada do seu seguro dental e será de sua responsabilidade. Não podem ser agendadas futuras consultas nem transferidos recordes sem o pagamento desta taxa.

Além disso, se um paciente estiver mais de 20 minutos atrasado sem aviso prévio para uma consulta agendada, consideraremos isso uma consulta perdida e a taxa de cancelamento de \$ 50,00 será cobrada.

Se você tiver alguma dúvida sobre esta política, informe nossa equipe e teremos prazer em esclarecer qualquer dúvida que você tenha.

Agradecemos seu patrocínio.

Li e compreendi a Política de Cancelamento de Consultas do Children's Dental Care e concordo em cumprir seus termos. Eu também entendo e concordo que tais termos podem ser alterados de tempos em tempos pela prática.

Eu, _____ (nome impresso) Mãe ou Pai ou Responsável Legal de _____ (nome da criança), recebi uma cópia da Política de Cancelamento da Children's Dental Care.

Assinatura do pai/mãe

Data