



## História Clínica da Criança

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Nome do Pediatra _____ Telefone _____		
Seu filho está sob cuidados medicos agora?..... Desde quando e porque? _____	_____	_____
Seu filho toma alguma medicamento, vitaminas ou comprimidos de flúor?..... Favor listar _____	_____	_____
Seu filho é alérgico a algo? Medicamento, látex, comida, outros?..... Favor listar _____	_____	_____
Seu filho já foi hospitalizado?..... Quando? _____ Porque? _____	_____	_____

SEU FILHO TEM OU JÁ TEVE ALGUMA DAS MOLÉSTIAS LISTADAS ABAIXO? CASO POSITIVO, FAVOR ASSINALAR.

<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Desenvolvimento Tardio	<input type="checkbox"/> Problemas de Rins	<input type="checkbox"/> Febre Reumática
<input type="checkbox"/> AIDS/HIV	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas de Fígado	<input type="checkbox"/> Problemas de Sinus
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Problemas de Aprendizagem	<input type="checkbox"/> Tiroidismo
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Problemas de Visão	<input type="checkbox"/> Sarampo	<input type="checkbox"/> Tuberculose
<input type="checkbox"/> Problemas de Vesícula	<input type="checkbox"/> Desmaio	<input type="checkbox"/> Mononucleose	<input type="checkbox"/> Úlcera
<input type="checkbox"/> Problemas comportamentais	<input type="checkbox"/> Problemas de Audição	<input type="checkbox"/> Caxumba	<input type="checkbox"/> Alergias Sazonais
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Sopro Cardíaco	<input type="checkbox"/> Tosse Persistente	<input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral	<input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos	<input type="checkbox"/> Sangramento Prolongado	-
<input type="checkbox"/> Varíola	<input type="checkbox"/> Hepatite	<input type="checkbox"/> Cuidados psiquiátricos	

As informações prestadas aqui estão em conformidade com a verdade de acordo com o meu conhecimento. Entendo que o fornecimento de informações incorretas podem ser perigosas para a saúde do meu filho. É de meu conhecimento que devo informar a Dentária Kidz acerca de mudanças de qualquer natureza no quadro clínico.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pai ou da Mae / Responsável

\_\_\_\_\_  
Data



## Historial Dentário da Criança

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 1. É a primeira vez que a criança vem ao dentista?<br>Quando foi a última vez?   | Sim | Não |
| 2. A criança já teve algum problema na sequência de um tratamento dentário?  | Sim | Não |
| 3. Já alguma vez esteve sujeita a anestesia local (novocaína)?   | Sim | Não |
| 4. Já teve alguma obturação ou massa dentária?   | Sim | Não |
| 5. A criança come entre as refeições principais?<br>Se sim, o que prefere comer?   | Sim | Não |
| 6. A criança bebe pela garrafa ou sorve pela chávena?  | Sim | Não |
| 7. A criança chupa no dedo ou usa chupeta?   | Sim | Não |
| 8. Quantas vezes escova os dentes  |     |     |
| 9. Com que frequência usa o fio dental? Os pais ajudam-na a escovar os dentes e a usar o fio dental?   | Sim | Não |
| 10. Utiliza em casa água com flúor?  | Sim | Não |
| 11. A criança bebe desta água pelo menos 2 chávenas por dia?   | Sim | Não |
| 12. A criança toma suplementos de flúor?<br>Quais e com que frequência?  | Sim | Não |
| 13. Já teve algum problema nos dentes (queda, cárie, partido)?   | Sim | Não |
| 14. Tem alguma preocupação no que diz respeito à saúde dentária da criança?  | Sim | Não |
| 15. Uma vez que a hereditariedade é um factor importante no que concerne à saúde dentária, como classificaria os seus próprios dentes?<br>excelentes      bons      razoáveis      fracos<br>(assinale com um círculo) |     |     |



300 Chancellor Ave, 2<sup>nd</sup> Floor  
Newark, NJ 07112  
Tel: 973-391-1000  
Fax: 973-391-1005  
[info@dentalkidz.com](mailto:info@dentalkidz.com)  
[www.dentalkidz.com](http://www.dentalkidz.com)

### CONSENTIMENTO PARA EXAME DENTÁRIOS

Dou minha permissão para o Dr. Levene Harvell e pessoal supervisionados pelo Dr. Levene Harvell para realizar os seguintes procedimentos no meu filho ou pupilo jurídica: exame, raios-X, limpeza, flúor, selantes, comportamento e técnicas de gestão.

Eu li e compreender este formulário de consentimento. Tenho tido a oportunidade de fazer perguntas sobre o tratamento. Eu entendo que tenho o direito de ser fornecido com respostas às perguntas que eu possa ter durante o curso do tratamento do meu filho. Eu entendo que estou livre para retirar o meu consentimento para o tratamento a qualquer momento..

Nome da Escola: \_\_\_\_\_

Nome da criança: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: M F (Um Círculo) SSN: \_\_\_\_\_

Nome do Responsável: \_\_\_\_\_ Relação com crianças \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone Residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Telefone de Trabalho: \_\_\_\_\_

Assinatura dos pais ou responsável: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_



## **Autorização das Prestações do Seguro**

Atesto que estou coberta pelo seguro com \_\_\_\_\_  
Nome da Companhia Dentária Seguradora

Eu endereço directamente ao Dr. Levene Harvell todas as prestações do seguro, se as houver, sob qualquer forma pagas por mim pelos serviços prestados. Compreendo que sou financeiramente responsável por todos os encargos não cobertos pelo seguro. Autorizo o médico a fornecer todas as informações consideradas necessárias, incluindo diagnósticos e registos de qualquer exame ou tratamento efectuado ao meu filho, com vista ao pagamento das prestações. Autorizo a utilização desta assinatura em todas as requisições ao seguro.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pai ou da Mae / Responsável

\_\_\_\_\_  
Data

## Termo de Confidencialidade

Este Termo refere a forma como pode utilizar e divulgar a informação médica e como a ela pode aceder. Por favor leia cuidadosamente.

A Lei de 1996 sobre "Portabilidade & Obrigatoriedade do Seguro de Saúde (HIPAA) determina que todos os registos dos cuidados de saúde e outras informações sobre a saúde individual utilizada e divulgada por nós sob qualquer forma, seja por via electrónica, por papel ou verbalmente, seja mantida confidencial. A referida Lei federal confere ao paciente novos direitos no que concerne à compreensão e controlo sobre o modo como a informação médica é utilizada. A HIPAA prevê sanções e abrange as Entidades que façam mau uso da informação médica pessoal. Tal como determina a Lei HIPAA, elaboramos esta explicação sobre o modo como somos obrigados a manter a confidencialidade das suas informações médicas e sobre o modo como podemos utilizá-la e divulgá-la.

Sem uma autorização por escrito, estamos autorizados a usar e divulgar os registos dos seus cuidados de saúde para fins médicos de tratamento, pagamento e cirurgias.

Tratamento pressupõe disponibilizar meios, coordenar e gerir os cuidados de saúde e os serviços com eles relacionados, de um ou mais prestadores de saúde. Por exemplo, podemos ter necessidade de partilhar informação com outros prestadores de saúde ou com especialistas requeridos para dar continuidade ao tratamento.

Pagamento refere-se a procedimentos tais como obtenção de reembolso pelos serviços prestados, confirmação dos serviços abrangidos pelo Seguro de Saúde, facturação ou cobrança, bem como análise de utilização. Por exemplo, divulgamos informações sobre tratamentos dentários quando facturamos o seu plano de serviços utilizados em medicina dentária. Cirurgia inclui aspectos relacionados com a gestão prática do nosso negócio. Por exemplo, a informação sobre os pacientes pode ser utilizada para fins de formação ou avaliação da qualidade.

A menos que o não permita, e na medida do necessário, podemos utilizar ou divulgar informações sobre a saúde de um membro da sua família, amigo ou outro indivíduo das suas relações, para auxiliar no seu tratamento ou no pagamento do tratamento. Podemos ainda utilizar informação confidencial para lhe lembrar marcações através do envio de postais e/ou deixando mensagens em casa e/ou no trabalho. Qualquer outra utilização e divulgação só será possível mediante autorização escrita. Pode revogar essa autorização por escrito e seremos obrigados a respeitá-la e a cumprir o seu pedido, salvo se já o tivermos feito baseados na sua autorização.

No que se refere à confidencialidade da informação sobre o seu estado de saúde, alguns dos seus direitos estão protegidos, podendo sempre exercê-los apresentando um pedido escrito ao Agente responsável pela Confidencialidade

Tem o direito de solicitar restrições a determinadas utilizações e divulgações sobre informações médicas relacionadas com membros da família, outros parentes, amigos próximos ou qualquer outra pessoa identificada consigo. No entanto, não somos obrigados a aceitar o seu pedido de restrição. Se concordarmos com uma restrição, é nosso dever respeitá-la a menos que concorde retirá-la por escrito.

Tem o direito de nos pedir para receber informações confidenciais sobre a saúde dos EUA através de outros meios ou locais.

Tem o direito de aceder, analisar e copiar as suas informações médicas.

Tem o direito de solicitar alterações às suas informações médicas.

Tem o direito de receber um relatório sobre a divulgação das informações confidenciais externas ao tratamento, o pagamento e as cirurgias.

Tem o direito de ficar com um exemplar em papel do presente Termo, desde que nos seja solicitado.

Somos obrigados por Lei a manter a confidencialidade das suas informações médicas e a darmos conta dos nossos deveres legais e práticas confidenciais no que respeita à protecção das informações sobre a sua saúde.

Somos obrigados a respeitar os termos deste Aviso sobre Práticas de Confidencialidade, actualmente em vigor. Reservamos o direito de alterar os termos deste Aviso sobre Práticas de Confidencialidade e a tornar eficazes e a fazer cumprir as disposições respeitantes à confidencialidade da informação médica. As alterações ao Aviso sobre Práticas de Confidencialidade serão afixadas, podendo solicitar ao nosso escritório uma cópia escrita do Aviso Alterado.

No caso de considerar que os seus direitos de privacidade foram violados, tem o direito de apresentar uma queixa formal escrita no endereço abaixo mencionado ou no Departamento de Saúde & e de Serviços Humanos ou na Delegação dos Direitos Cívicos. Não retaliaremos se apresentar queixa.



**ACEITAÇÃO DA INFORMAÇÃO FORNECIDA  
SOBRE TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

Pode Recusar-se a Assinar Este Termo

Recebi uma cópia do presente Termo de Confidencialidade.

Nomeie (por favor Impressão): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

---

For Office Use Only

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

Individual refused to sign

Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgment

An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgment

Other (Please Specify)

---

Name (Please Print) \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_