

Polished, LLC Historia da Saude

Nome: _____ (premeiro) / _____ (sobre) Data de Nascimento:(mes/dia/ano) _____
Género: M/ F / O

Email: _____ Numero de telefone do dia dos pais: _____

Informacao Odontologico:

1. Data do ultimo exame odontologico _____
2. Meu filho tem um dentista: Sim Nao Nome do dentista: _____
3. Meu filho precisa tomar antibioticos antes de ter tratamento odontologico Sim Porque? _____ Nao
4. Informe-nos sobre a experiencia odontologico do seu filho: _____

Informacao Medica:

1. Estou sob cuidados de um médico agora: Sim Nao
2. Tenho uma articulação artificial, prótese de quadril ou joelho ou válvula cardíaca artificial. SIM NÃO
3. Preciso tomar antibióticos antes de fazer tratamento odontológico SIM Por quê _____ NÃO
4. Tenho um dentista local SIM NÃO Nome do dentista: _____

Outras informacoes demograficas:

Eu sou: Preto / Africano americano Branco Asiatico Eu nao quero responder
Indios Americanos / Nativo do Alasca Nativo do Havaf / Ilhas do Pacffico Hispanico Mais de uma etnia

Seguro: Womos obrigados a notificá-lo de que o tratamento fornecido pode afetar seus futuros beneficios de seguro odontológico

Informacoes sobre seguro

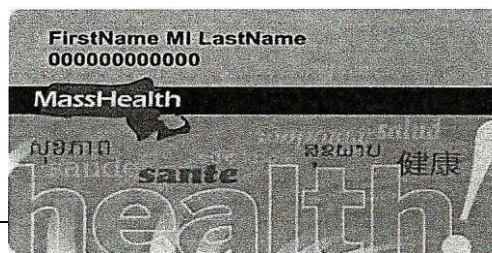
Eu tenho o seguinte seguro dental:
 Nenhuma Seguro Odontologico

MassHealth RID Numero: _____

Delta BC/BS Outro _____

Individual#: _____

Diretiva de Grupo#: _____



Informacoes do Assinante

Subscriber Nome: _____ Subscriber ID: _____

Subscriber: _____ Nome do Empregador: _____

Subscriber Data de Nascimento: Mes/ Dia/ Ano: _____

Concordo que as informações de saúde acima estão corretas. Autorizo a Polished a: fornecer exames dentários (verificar os dentes, boca e gengivas), limpezas (remover a placa bacteriana e outros depósitos), tratamentos com verniz fluoretado (para proteger das cáries) e selantes dentários (aplicados aos dentes, quando necessário, para prevenir cáries), Fluoreto de Diamina de Prata para impedir que uma cárie piore; para confirmar o seguro e cobrar meu seguro pelos cuidados fornecido, veja acima **. Eu li a Política HIPAA da Polished LLC (em anexo e em www.polishedteeth.com) e eu entendo que posso solicitar uma cópia da política para meus registros. Concordo em receber e-mails ou mensagens telefônicas sobre meus cuidados. Entendo que posso continuar a obter atendimento odontológico através de qualquer outro provedor.

ASSINE AQUI: _____ **Data:** _____

POR FAVOR ENVIE ESTE FORMULÁRIO COMPLETADO PARA: PolishedVHCA@gmail.com, OU: (508) 237-5378

Informações de Contato: Ellen Gould RDH e-mail: ellengould@polishedteeth.com; telefone (508) 237-5378