

**Está a preencher este formulário para si ou para outra?**

Eu mesmo     Outra pessoa

Qual é o teu nome? \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Apelido \_\_\_\_\_

Qual é a sua relação com o paciente?

\_\_\_\_\_

**Informação ao Doente**

Nome \_\_\_\_\_ Apelido \_\_\_\_\_

Nome preferido \_\_\_\_\_ Date de nascimento \_\_\_\_\_

Sexo     Masculino     Feminino     Não-binário

Número de Segurança Social ou Número de Identificação Fiscal (se não tiver um coloque 000-00-0000)

\_\_\_\_\_

A sua morada mudou nos últimos 6 meses?     Sim     Não

Endereço residencial \_\_\_\_\_

Telefone Residencial \_\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_

Email (se você não tiver um e-mail, por favor escreva none@none.com) \_\_\_\_\_

Tem um contacto de emergência?     Sim     Não

Nome do Contacto de Emergência \_\_\_\_\_

Número de Contacto de Emergência \_\_\_\_\_

Como soube de nós?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Encaminhamento Profissional / Médico | <input type="radio"/> Programa Escolar / Apresentação        |
| <input type="radio"/> Conduzido por / Caminhou por         | <input type="radio"/> Diretório de Companhias de Seguros     |
| <input type="radio"/> Cartaz                               | <input type="radio"/> Redes Sociais                          |
| <input type="radio"/> Pesquisa na Internet / Google        | <input type="radio"/> Encaminhamento de irmãos               |
| <input type="radio"/> Sítio Web                            | <input type="radio"/> Encaminhamento de pacientes existentes |
| <input type="radio"/> Evento da Comunidade                 |  |

**Alguma das seguintes condições se seguro aplica a si?**

Por favor, verifique tudo o que se aplica, precisamos dessas informações para mantê-lo saudável e

**Cardíaco ou circulatório**

- Angina
- Válvula cardíaca artificial
- Arteriosclerose
- Doença cardiovascular
- Válvulas cardíacas congénitas
- Válvulas cardíacas danificadas
- Transplante cardíaco
- Tensão arterial elevada
- Tensão arterial baixa
- Ataque cardíaco
- Sopro cardíaco
- Endocardite infecciosa
- Prolapso da valva mitral
- Marcapasso
- Embolia pulmonar
- Doença cardíaca reumática

**Pulmão ou respiração**

- Asma
- Bronquite
- DPOC
- Fibrose Quística
- Enfisema
- Tuberculose

**Digestivo ou dietético**

- Refluxo ácido/azia persistente
- Micção excessiva
- Doença gastrointestinal
- Desnutrição
- Perturbação alimentar
- Perda de peso grave ou rápida
- Dieta especial

**Doenças neurológicas**

- Autismo
- Aneurisma cerebral
- Lesão cerebral
- Epilepsia
- Desmaio
- Enxaquecas/dores de cabeça intensas
- Convulsões
- Acidente vascular cerebral

**Autoimune**

- Espondilite anquilosante
- Doença celíaca
- VIH ou SIDA
- Imunodeficiência
- Lúpus
- Esclerose múltipla
- Artrite reumatoide

**Outras Condições**

- Anemia
- Cancro
- Diabetes
- Glaucoma
- Distúrbios hemorrágicos/Hemofilia
- Hepatite
- Icterícia ou doença hepática
- Osteoporose
- Problemas renais/renais
- Apneia do sono
- Doenças sexualmente transmissíveis
- Substituição total da articulação

Comentários ou informações adicionais sobre o seu histórico médico \_\_\_\_\_

Teve alguma hospitalização ou alguma operação recentemente?  Sim  Não

Comentários ou informações adicionais sobre as estadias e operações hospitalares do doente com datas incluídas: \_\_\_\_\_

Por favor, leia atentamente e verifique tudo o que se aplica em relação a quaisquer medicamentos que possa estar a tomar ou alergias que tenha. Precisamos dessas informações para mantê-lo saudável e seguro.

Está a tomar algum medicamento ou suplemento?  Sim  Não

**Diabetes, colesterol, pressão arterial ou metabólica**

- Avapro (Irbesartan)
- Coreg (Carvedilol)
- Coumadin (Varfarina)
- Crestor (Rosuvastatina)
- Klor-Con (Potassium Chloride)
- Lasix (Furosemide)
- Lipitor (Atorvastatin Calcium)
- Lopressor (Metoprolol)
- Losartan (Cozaar)
- Metformina (Glucophage)
- Microzida (Hidroclorotiazida)
- Norvasc (Amlodipine)
- Plavix (Clopidogrel)
- Pravachol (Pravastatina)
- Prinivil (Lisinopril)
- Tenormin (Atenolol)
- Toprol XL (Metoprolol)
- Tricor (Fenofibrato)
- Zocor (Sinvastatina)
- Zestoretic (Lisinopril)

**Dor**

- Aspirina
- Codeína
- Demerol (Meperidina)
- Hidrocodona (Vicodin/Lortan/Norco)
- Ibuprofeno
- Percocet (Oxicodona)
- Ultram (Trama)

**Antibióticos**

- Amoxicilina
- Clindamicina
- Ciprofloxacina
- Doxiciclina
- Tetraciclina
- Zithromax (Azitromicina)

**Alergia, asma ou respiração**

- Claritina (Loratadina)
- Flonase (Fluticasona)
- Singulair (Montelukaste)
- Ventolin (Inalador de Albuterol)
- Zyrtec (Cetirizina)

**Antidepressivos, ansiedade ou comportamento**

- Adderall
- Ambien (Zolpidem)
- Celexa (Citalopram)
- Cymbalta (Duloxetina)
- Effexor (Venlafaxine)
- Lexapro (Escitalopram)
- Neurontin (Gabapentin)
- Oleptro (Trazodona)
- Prozac (Fluoxetina)
- Xanax (Alprazolam)
- Wellbutrin (Bupropion)
- Zoloft (Sertralina)

**Outros**

- Aclasta/Reclast (Ácido Zoledrónico)
- Boniva (Ibandronato)
- Cialis (Tadalafil)
- Ciclobenzaprina (Flexeril)
- Didronel (Etidronato)
- Fosamax (Alendronato)
- Pantoprazol (Protonix)
- Prednisona
- Medrol (Metilprednisolona)
- Meloxicam (Mobic)
- Prilosec (Omeprazol)
- Synthroid (Levothyroxi)

Qual é o peso atual (em libras) do paciente? \_\_\_\_\_

**Tem alergias? Por favor, verifique tudo o que se aplica, precisamos dessas informações para mantê-lo saudável e seguro.**

Tem alguma alergia de que tenha conhecimento? (por exemplo, alergias a medicamentos ou ao látex)  Sim  Não

Tem alguma das seguintes alergias?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> AMOXICILINA            | <input type="radio"/> MEDICAMENTOS                             |
| <input type="radio"/> PENICILLIN             | <input type="radio"/> NENHUM                                   |
| <input type="radio"/> LÁTEX                  | <input type="radio"/> OUTROS                                   |
| <input type="radio"/> ASPIRINA               | <input type="radio"/> EXTRATO DE UVA                           |
| <input type="radio"/> ALIMENTAÇÃO            | <input type="radio"/> CODEÍNA                                  |
| <input type="radio"/> TETRACILA              | <input type="radio"/> NENHUMA ALERGIA A MEDICAMENTOS CONHECIDA |
| <input type="radio"/> ANESTÉSIA              | <input type="radio"/> BARBITÚRICOS OU SEDATIVOS                |
| <input type="radio"/> PÓLEN                  | <input type="radio"/> IODO                                     |
| <input type="radio"/> ANIMAIS                | <input type="radio"/> METAIS                                   |
| <input type="radio"/> FENTANILO              | <input type="radio"/> SAZONAL                                  |
| <input type="radio"/> VANZOMICINA            | <input type="radio"/> SULFA DROGAS                             |
| <input type="radio"/> PRILOSEC               |  |
| <input type="radio"/> ANTICONCECIONAIS ORAIS |  |

Está grávida ou pensa estar grávida?  Sim  Não

Está atualmente a amamentar?  Sim  Não

Você usa alguma droga recreativa?  Sim  Não

Você fuma?  Sim  Não

Aproximadamente quanto por dia você fuma? \_\_\_\_\_

Existem distúrbios do desenvolvimento? (mental ou física)  Sim  Não

Houve alguma complicação durante o parto (por exemplo, parto prematuro) ou problemas com o crescimento físico?

Sim  Não

Tem um médico de cuidados primários?  Sim  Não

Nome do Médico \_\_\_\_\_

Número do Médico \_\_\_\_\_

Qual é o nome da sua farmácia preferida? \_\_\_\_\_

Qual é a morada da sua farmácia preferida? \_\_\_\_\_

Qual é o número de telefone da sua farmácia preferida? \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente ou Responsável \_\_\_\_\_

### História Dentária

Porque está a mudar de dentista?

- Mudança de residência
- Mudança de seguro
- O seu escritório está mais perto
- O meu último dentista reformou-se ou fechou
- Estou infeliz
- Era muito caro
- Você foi recomendado
- Não tenho dentista anterior
- Outros

Pode fornecer mais detalhes? \_\_\_\_\_

Qual é o motivo da sua nomeação?

- Exame
- Segunda Opinião ou Consulta
- Limpeza
- Outros
- Dor
- Cosméticos

Você pode fornecer mais detalhes? \_\_\_\_\_

Tem alguma informação adicional que gostaria de fornecer relacionada com a sua consulta?  Sim  Não

O paciente pratica algum esporte?  Sim  Não

Alguma vez existiu um hábito de sucção (chupeta, dedo, polegar) após um ano de idade?  Sim  Não

Existe história familiar de cáries?  Sim  Não

Há petiscos frequentes entre as refeições?  Sim  Não

Você já teve uma experiência ruim no dentista?  Sim  Não

Você pode fornecer mais detalhes sobre sua má experiência?  
\_\_\_\_\_

Há quanto tempo não consulta um dentista pela última vez?

- Um mês
- Dois anos
- Três meses
- Três ou mais anos
- Seis meses
- Nunca fui ao dentista
- Um ano

Você já teve uma reação ruim ao anestésico dentário?  Sim  Não

Teve alguma complicação após o trabalho dentário?  Sim  Não

Os seus dentes são sensíveis ao calor ou ao frio?  Sim  Não

A sua gengiva sangra quando escova ou usa o fio dentário?  Sim  Não

Tem conhecimento de feridas ou áreas irritadas na boca?  Sim  Não

Você ranger os dentes?  Sim  Não

Você já foi diagnosticado com doença periodontal?  Sim  Não  Não sei

Alguma vez recebeu tratamento para a sua doença periodontal?  Sim  Não  Não sei

Com que frequência escova?

- Nunca  Duas vezes por dia
- Ocasionalmente  Toda vez que eu como
- Uma vez por dia

Com que frequência usa fio dental?

- Nunca  Duas vezes por dia
- Ocasionalmente  Toda vez que eu como
- Uma vez por dia

Gostas do teu sorriso?  Sim  Não

O que gostaria de mudar? \_\_\_\_\_

- A posição ou alinhamento dos meus dentes  A forma dos meus dentes
- A cor dos meus dentes  Sorriso gengival
- Lacunas nos dentes  Outro

Pode fornecer mais detalhes?  
\_\_\_\_\_

Está interessado em saber mais sobre algum dos seguintes?

- Branqueamento dentário  Cuidados domiciliários
- Substituição de dentes em falta  Correção do sorriso gengival
- Alisamento dos dentes  Controlo da respiração
- Recheios brancos  Outros

Pode fornecer mais detalhes? \_\_\_\_\_

Estaria interessado numa consulta com o nosso Ortodontista para avaliar a possibilidade de aparelhos ortodônticos ou outro aparelho?

Sim  Não

O dentista deixa-o ansioso ou nervoso?

- Sim, extremamente  Sim, um pouco
- Sim, moderadamente  Não

Queremos que a sua experiência seja excepcional. Há algo que gostaria que soubéssemos? \_\_\_\_\_

Tem seguro dentário?  Sim  Não

Você pode fornecer uma foto do seu cartão de seguro odontológico?  Sim  Não

Neste seguro odontológico, o paciente é o assinante?  Sim  Não

Nome do Assinante \_\_\_\_\_

Número de Segurança Social ou Número de Identificação Fiscal do Subscritor (se não tiver um coloque xxxxxxxx):  
\_\_\_\_\_

Data de Nascimento do Subscritor \_\_\_\_\_

Nome da Companhia de Seguros \_\_\_\_\_

ID do Assinante \_\_\_\_\_

Empregador do Assinante \_\_\_\_\_

Número do Grupo de Seguros \_\_\_\_\_

Existe uma segunda apólice de seguro odontológico?  Sim  Não

Você pode fornecer uma foto do seu cartão de seguro odontológico?  Sim  Não

Neste seguro odontológico, o paciente é o assinante?  Sim  Não

Nome do Assinante \_\_\_\_\_

Número de Segurança Social ou Número de Identificação Fiscal do Subscritor (se não tiver um coloque xxxxxxxx)  
\_\_\_\_\_

Data de Nascimento do Subscritor \_\_\_\_\_

Nome da Companhia de Seguros \_\_\_\_\_

ID do Assinante \_\_\_\_\_

Empregador do Assinante \_\_\_\_\_

Número do Grupo de Seguros \_\_\_\_\_

**Compreendo que sou financeiramente responsável por quaisquer encargos não cobertos pelos meus benefícios. É minha responsabilidade notificar o escritório de quaisquer alterações aos meus benefícios. Em alguns casos, as prestações exatas do seguro não podem ser determinadas até que a companhia de seguros receba o sinistro. Sou responsável pela totalidade da fatura ou saldo da fatura se as reclamações apresentadas ou qualquer parte delas forem negadas para pagamento. Compreendo que, ao assinar este formulário, estou a aceitar a responsabilidade financeira, tal como explicado acima, por todos os pagamentos por produtos e serviços recebidos. Autorizo este escritório a apresentar reclamações de seguro em meu nome e a divulgar as informações necessárias à minha companhia de seguros para o processamento dessas reclamações. Eu atribuo todos os benefícios odontológicos por serviços prestados e autorizo e oriento a(s) minha(s) seguradora(s) a emitir o pagamento diretamente para você. Certifico que, tanto quanto é do meu conhecimento, as informações que forneci são exatas.**

Assinatura do Paciente ou Responsável \_\_\_\_\_

## Cancelamentos e Compromissos Perdidos

O seu horário de consulta é reservado especificamente para si e apenas para si. Por isso, compromissos perdidos ou cancelamentos tardios são extremamente prejudiciais para os nossos dias. Como resultado, solicitamos pelo menos 48 horas de antecedência se você não puder fazer sua consulta. Consultas repetidas perdidas ou cancelamentos tardios podem resultar em honorários ou demissão como paciente.

## Pagamento

O pagamento integral do seu tratamento é devido o mais tardar no momento da prestação dos serviços. As formas de pagamento aceitáveis incluem dinheiro, Visa, Master Card, American Express, Discover e benefícios de seguro atribuídos. No caso de haver uma escassez devido ao pagamento insuficiente do seguro, é nossa política cobrar taxas financeiras de 1,5% para saldos pendentes de pacientes depois que o saldo estiver pendente por mais de 30 dias após você ter sido notificado de um saldo devido. Os pagamentos devolvidos devido a fundos insuficientes estarão sujeitos a uma taxa NSF de \$25,00.

Assinatura do Paciente ou Responsável \_\_\_\_\_



## Práticas de privacidade AS SUAS INFORMAÇÕES. OS SEUS DIREITOS. AS NOSSAS RESPONSABILIDADES.

Este aviso descreve como as informações médicas sobre você podem ser usadas e divulgadas e como você pode obter acesso a essas informações. Por favor, reveja-o cuidadosamente.

---

### Os seus direitos

Tem direito a:

- Tem direito a:
- Corrija o seu registo médico em papel ou eletrónico
- Solicitar comunicação confidencial
- Peça-nos para limitar as informações que partilhamos
- Obtenha uma lista das pessoas com quem partilhámos as suas informações
- Obtenha uma cópia deste aviso de privacidade
- Escolha alguém para agir por si
- Apresente uma queixa se considerar que os seus direitos de privacidade foram violados. Para apresentar uma reclamação, contacte:

The ChildSmiles Group, LLC À atenção de: Responsável pela Privacidade  
103 Eisenhower Parkway, Suite 102  
Roseland, NJ 07068  
(973) 536-0607

### As suas escolhas

Você tem algumas opções na maneira como usamos e compartilhamos informações como:

- Informe a família e amigos sobre a sua condição
- Prestar assistência em caso de catástrofe
- Incluí-lo num diretório hospitalar
- Prestar cuidados de saúde mental
- Comercialize os nossos serviços e venda as suas informações
- Angariar fundos

### As nossas utilizações e divulgações

Podemos usar e compartilhar suas informações como:

- Trate-o
- Gerir a nossa organização
- Faturar os seus serviços
- Ajuda em questões de saúde pública e segurança
- Fazer pesquisa
- Cumprir a lei
- Responder a pedidos de doação de órgãos e tecidos
- Trabalhar com um médico legista ou diretor funerário
- Atender à compensação dos trabalhadores, aplicação da lei e outras solicitações do governo
- Responder a ações judiciais e ações judiciais

## Os seus direitos

Quando se trata de suas informações de saúde, você tem certos direitos. Esta seção explica os seus direitos e algumas das nossas responsabilidades para o ajudar.

### Obtenha uma cópia eletrônica ou em papel do seu registo médico

- Pode pedir para ver ou obter uma cópia eletrônica ou em papel do seu registo médico e de outras informações de saúde que temos sobre si. Pergunte-nos como fazer isso.
- Forneceremos uma cópia ou um resumo das suas informações de saúde, geralmente no prazo de 30 dias após o seu pedido. Podemos cobrar uma taxa razoável e baseada em custos.

### Peça-nos para corrigir o seu registo médico

- Pode pedir-nos para corrigir as suas informações de saúde que considere incorretas ou incompletas. Pergunte-nos como fazer isso.
- Podemos dizer “não” ao seu pedido, mas iremos dizer-lhe porquê por escrito no prazo de 60 dias.

### Solicitar comunicações confidenciais

- Pode pedir-nos para o contactarmos de uma forma específica (por exemplo, por telefone de casa ou do escritório) ou para enviar correio para uma morada diferente.
- Diremos “sim” a todos os pedidos razoáveis.

### Peça-nos para limitar o que usamos ou partilhamos

- Pode pedir-nos para não utilizarmos ou partilharmos determinadas informações de saúde para tratamento, pagamento ou para as nossas operações. Não somos obrigados a concordar com o seu pedido, e podemos dizer “não” se isso afetar os seus cuidados.
- Se pagar um serviço ou um item de cuidados de saúde do seu bolso na totalidade, pode pedir-nos para não partilhar essa informação para efeitos de pagamento ou as nossas operações com a sua seguradora de saúde. Diremos “sim”, a menos que uma lei nos obrigue a partilhar essa informação.

### Obtenha uma lista das pessoas com quem partilhámos informações

- Você pode pedir uma lista (contabilidade) das vezes que compartilhamos suas informações de saúde por seis anos antes da data que você pergunta, com quem compartilhamos e por quê.
- Incluiremos todas as divulgações, exceto aquelas sobre tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde, e certas outras divulgações (como qualquer outra que você nos pediu para fazer). Forneceremos uma contabilidade por ano gratuitamente, mas cobraremos uma taxa razoável e baseada em custos se você solicitar outra dentro de 12 meses.

### Obtenha uma cópia deste aviso de privacidade

Pode solicitar uma cópia em papel do presente anúncio a qualquer momento, mesmo que tenha concordado em recebê-lo por via eletrônica. Forneceremos uma cópia em papel imediatamente.

### Escolha alguém para agir por si

- Se tiver dado uma procuração médica a alguém ou se alguém for o seu tutor legal, essa pessoa pode exercer os seus direitos e fazer escolhas sobre as suas informações de saúde.
- Vamos certificar-nos de que a pessoa tem essa autoridade e pode agir por si antes de tomarmos qualquer medida.

### Apresente uma queixa se considerar que os seus direitos foram violados

- Você pode reclamar se achar que violamos seus direitos, entrando em contato conosco usando as informações acima.
- Você pode registrar uma reclamação no Escritório de Direitos Cívicos do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA enviando uma carta para 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, ligando para 1-877-696-6775 ou visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)
- Não iremos retaliá-lo por apresentar uma reclamação.

## As suas escolhas

Para determinadas informações sobre saúde, pode dizer-nos as suas escolhas sobre o que partilhamos. Tenha uma clara preferência pela forma como partilhamos as suas informações nas situações descritas abaixo, fale connosco. Diga-nos o que pretende que façamos e seguiremos as suas instruções.

Nestes casos, tem o direito e a opção de nos dizer para:

- Partilhe informações com a sua família, amigos próximos ou outras pessoas envolvidas nos seus cuidados
- Partilhar informações numa situação de catástrofe
- Inclua as suas informações num diretório de hospitais

Se você não é capaz de nos dizer sua preferência, por exemplo, se você está inconsciente, podemos ir em frente e compartilhar suas informações se acreditarmos que é do seu melhor interesse. Também podemos compartilhar suas informações quando necessário para diminuir uma ameaça grave e iminente à saúde ou segurança.

Nesses casos, nunca compartilhamos suas informações, a menos que você nos dê permissão por escrito:

- Fins de marketing
- Venda das suas informações
- Maior parte da partilha de notas psicoterapêuticas

Em caso de angariação de fundos:

- Podemos contactá-lo para esforços de angariação de fundos, mas pode dizer-nos para não o contactarmos novamente.

## As nossas utilizações e divulgações

Como normalmente usamos ou compartilhamos suas informações de saúde? Normalmente, usamos ou compartilhamos suas informações de saúde das seguintes maneiras.

### Trate-o

Podemos utilizar a sua informação de saúde e partilhá-la com outros profissionais que o estão a tratar. Exemplo: Um médico que o trata de uma lesão pergunta a outro médico sobre o seu estado geral de saúde.

### Gerir a nossa organização

Podemos usar e compartilhar suas informações de saúde para executar nossa prática, melhorar seus cuidados e contactá-lo quando necessário. Exemplo: Utilizamos informações de saúde sobre si para gerir o seu tratamento e serviços.

### Faturar os seus serviços

Podemos usar e compartilhar suas informações de saúde para faturar e receber o pagamento de planos de saúde ou outras entidades. Exemplo: Nós fornecemos informações sobre você ao seu plano de saúde para que ele pague pelos seus serviços.

### De que outra forma podemos utilizar ou partilhar as suas informações de saúde?

Somos autorizados ou obrigados a compartilhar suas informações de outras maneiras – geralmente de maneiras que contribuem para o bem público, como saúde pública e pesquisa. Temos de cumprir muitas condições na lei antes de podermos partilhar as suas informações para estes fins. Para mais informações, consultar:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

### Ajuda em questões de saúde pública e segurança

Podemos partilhar informações de saúde sobre si em determinadas situações, tais como:

- Prevenção da doença
- Ajudar com recalls de produtos
- Notificação de reações adversas a medicamentos
- Denúncia de suspeita de abuso, negligência ou violência doméstica
- Prevenir ou reduzir uma ameaça grave à saúde ou segurança de qualquer pessoa

### Fazer pesquisa

Podemos usar ou compartilhar suas informações para pesquisa em saúde.

### Cumprir a lei

Compartilharemos informações sobre você se as leis estaduais ou federais exigirem, inclusive com o Departamento de Saúde e Serviços Humanos se ele quiser ver se estamos cumprindo a lei federal de privacidade.

### Responder a pedidos de doação de órgãos e tecidos

Podemos compartilhar informações de saúde sobre você com organizações de coleta de órgãos.

### Trabalhar com um médico legista ou diretor funerário

Podemos compartilhar informações de saúde com um médico legista, médico legista ou diretor funerário quando um indivíduo morre.

### Atender à compensação dos trabalhadores, aplicação da lei e outras solicitações do governo

Podemos usar ou compartilhar informações de saúde sobre você:

- Para pedidos de indenização dos trabalhadores
- Para fins de aplicação da lei ou com um funcionário responsável pela aplicação da lei
- Com órgãos de fiscalização sanitária para atividades autorizadas por lei
- Para funções especiais do governo, como militares, segurança nacional e serviços de proteção presidencial

### Responder a ações judiciais e ações judiciais

Podemos compartilhar informações de saúde sobre você em resposta a uma ordem judicial ou administrativa, ou em resposta a uma intimação.

### As nossas responsabilidades

- Somos obrigados por lei a manter a privacidade e a segurança das suas informações de saúde protegidas.
- Informá-lo-emos imediatamente se ocorrer uma violação que possa ter comprometido a privacidade ou a segurança das suas informações.
- Devemos seguir os deveres e práticas de privacidade descritos neste aviso e dar-lhe uma cópia do mesmo.
- Nós não usaremos ou compartilharemos suas informações além das descritas aqui, a menos que você nos diga que podemos por escrito. Se nos disser que podemos, pode mudar de ideias a qualquer momento. Informe-nos por escrito se mudar de ideias.

Para mais informações, consultar: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### Alterações aos Termos deste Aviso

Podemos alterar os termos deste aviso, e as alterações serão aplicadas a todas as informações que temos sobre você. O novo aviso estará disponível mediante solicitação, em nosso escritório e em nosso site.

### Arranjo Organizado de Cuidados de Saúde

Somos membros de um sistema integrado de saúde familiar conhecido como ChildSmiles Group e composto por ChildSmiles-FamilySmiles, Pearly Whites, Children's Ambulatory Surgery Center of New Jersey, Kids Care, Washington Park Pediatrics, Abra Health, Abra Dental e Smiles 4 Keeps. Caso precisemos encaminhá-lo para outro provedor dentro do Grupo ChildSmiles e você concordar com a indicação, transferiremos seus registros de pacientes para facilitar sua indicação. Qualquer transferência de registros será realizada gratuitamente. Isso é feito para sua conveniência e para garantir que você receba o melhor atendimento possível.

Data de entrada em vigor: 19 de novembro de 2021

Assinatura do Paciente ou Responsável \_\_\_\_\_

A Smiles 4 Keeps quer que a sua visita seja educativa e agradável. Portanto, solicitamos que você leia este formulário de consentimento e aviso cuidadosamente. Este formulário destina-se a fornecer informações sobre alguns dos procedimentos de rotina que podemos realizar durante as suas visitas iniciais e contínuas. Se você não tiver dúvidas ou preocupações, pedimos que preencha o formulário e assine na parte inferior da página dando-nos seu consentimento para realizar os procedimentos listados conforme necessário.

Consentimento para receber tratamento dentário: Eu consinto e autorizo o médico e sua equipe a examinar, limpar e fornecer tratamento odontológico. Consinto e autorizo ainda a realização de radiografias dentárias, sempre que o médico considere necessário para diagnosticar e/ou prestar tratamento. Vou permitir que fotografias sejam tiradas para fins diagnósticos ou educativos. Consinto a aplicação de verniz fluoretado para prevenir cáries e reduzir a sensibilidade dentária. Também concordo com o uso de anestésicos tópicos e locais durante o tratamento. Entendo que, embora sua ocorrência seja extremamente rara, sabe-se que alguns riscos estão associados aos anestésicos. Estes riscos incluem, mas não estão limitados a: inchaço, nódosas negras, náuseas, problemas respiratórios, reações alérgicas ou lesões cerebrais. Compreendo e aceito ainda que, embora improvável, podem surgir complicações que podem requerer hospitalização.

Declaro por este meio que li e compreendo este consentimento e que todas as questões sobre os procedimentos foram respondidas de forma satisfatória.

**Assinatura do Paciente ou Responsável** \_\_\_\_\_