

**Informações do paciente:**

Último: \_\_\_\_\_ Sufixo de linhagem:  II  III  IV  Jr.  Sr.

Primeiro: \_\_\_\_\_ Inicial do meio: \_\_\_\_\_

Nome anterior: \_\_\_\_\_ Qual nome você gostaria que usássemos? \_\_\_\_\_

Endereço para correspondência: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Telefone comercial: \_\_\_\_\_

Lembretes de compromissos preferenciais:  Chamada telefônica  Mensagem de texto

Horário preferencial para contato telefônico:  Manhã  Tarde  Noite

E-mail: \_\_\_\_\_

Data de nascimento (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º da previdência social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Sexo ao nascer:  Masculino  Feminino

Identidade de gênero (18 anos ou mais):  Masculino  Feminino  Transgênero Masculino para Feminino  
 Transgênero - feminino para masculino  Gênero queer  Gênero adicional  
 Optar por não divulgar

Orientação sexual (18 anos ou mais):  Hetero ou heterossexual  Lésbica/gay  Bissexual  
 Optar por não divulgar  Outros: \_\_\_\_\_

Pronomes preferidos (18 anos ou mais):  ele/dele/seu  ela/dela/sua  
 deles/delas  Outro pronome (especifique): \_\_\_\_\_

Estado civil:  Solteiro (a)  Casado (a)  Separado (a)  Divorciado (a)  Viúvo (a)

Idioma principal:  inglês  espanhol  português  língua americana de sinais (ASL)  outro: \_\_\_\_\_

Raça da criança:  afro-americano/negro  índio americano/natural do Alasca  asiático indiano/asiático  
 chinês  filipino  japonês  coreano  guamanês ou chamorro  Nativo do Havai  
 Outros asiáticos  Outras ilhas do Pacífico  Samoano  Vietnamita  Branco

Etnia da criança:  Não hispânico/Latino  Hispânico/Latino  Mexicano  Mexicano-americano  Chicano  
 Porto-riquenho

Status do estudante:  Estudante em tempo integral  Estudante em tempo parcial  Não é estudante

Status de emprego:  Tempo integral  Tempo parcial  Autônomo  Aposentado  Desempregado

**Informações do responsável:**

Nome da parte responsável (pessoa financeiramente responsável por quaisquer saldos de pacientes): \_\_\_\_\_

Relação com o paciente: \_\_\_\_\_ Data de nascimento do responsável: (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Endereço para correspondência: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone do responsável: \_\_\_\_\_

### Informações de contato de emergência:

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Relação com o paciente: \_\_\_\_\_

### Endereço residencial (se o endereço para correspondência for uma CAIXA POSTAL):

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

### Informações adicionais do paciente:

Como centro de saúde comunitário, o Little River Medical Center oferece um programa de desconto de taxa móvel para todos os pacientes. Este benefício pode ajudar a reduzir o custo dos serviços de saúde prestados pelo Little River Medical Center e tornar os medicamentos mais acessíveis nas nossas farmácias. Qualquer paciente, com ou sem seguro, pode se inscrever e a qualificação é baseada na renda e no tamanho da família. Preencha as informações abaixo:

# Na família: \_\_\_\_\_

\$ 0 - \$ 10,000

\$10,001 - \$ 20,000

\$20,001 - \$ 30,000

\$ 30,001 - \$ 40,000

\$40,001 - \$ 50,000

\$50,001 - \$ 60,000

\$ 60,001 - \$ 70,000

\$70,001 - \$ 80,000

\$80,001 ou superior

Optar por não divulgar

Tenho interesse em saber mais ou solicitar seu programa de desconto de tarifa variável.

Situação militar:  Veterano  Não é Veterano

Você aluga ou possui sua casa/apartamento?  Sim  Não Se não, você está hospedado:  Em um abrigo

Com amigos/familiares  Moradia de apoio permanente  Casa de passagem  Na rua

Outro: \_\_\_\_\_

Nos últimos 2 anos, você ou sua família estabeleceram um domicílio temporário para trabalhar na agricultura?  Sim  Não

Nos últimos 2 anos, você ou um membro da família trabalhou na agricultura sazonalmente (por exemplo, colhendo frutas)?  Sim

Não

Título de eleitor:  Já cadastrado  Gostaria de se cadastrar  Não tem interesse em se cadastrar

Como você ficou sabendo do Little River Medical Center?  Cartaz  Jornal  Família/amigo  Rádio

Hospital

Outras práticas médicas

Televisão

Lista telefônica

On-line

Mídia social  Evento comunitário

Outros: \_\_\_\_\_

### Informações da farmácia:

Após a sua consulta, a (s) sua (s) receita(s) será (ão) enviada (s) para a nossa Farmácia LRM. Qual local você gostaria de usar?

Selecione o local preferido:

Little River

Carolina Forest

Loris

South Strand

Gostaria de usar outra farmácia local ou por correspondência para meus medicamentos (especifique abaixo)

Nome da farmácia: \_\_\_\_\_

Endereço da farmácia: \_\_\_\_\_

### Medicamentos atuais e alergias:

Liste todos os medicamentos atuais que você está tomando:

| Nome do medicamento | Dosagem | Com que frequência você toma?<br>(ex. uma vez por dia) |
|---------------------|---------|--|
|                     |         |  |
|                     |         |  |
|                     |         |  |
|                     |         |  |
|                     |         |  |

Liste todas as alergias que você tem:

| Nome | Reação |
|------|--------|
|      |        |
|      |        |
|      |        |

Sem alergias conhecidas

### Histórico cirúrgico, histórico médico passado e histórico

Você já passou por alguma cirurgia (marque todas as opções aplicáveis):  Apêndice  Cesariana  de Mama   
 Curetagem  Vesícula biliar  Cirurgia de redistribuição de gênero  Coração  Hérnia  Histerectomia  
 Amídalas  Laqueadura tubária  Outra: \_\_\_\_\_

Você tem ou já teve algum dos seguintes (Marque todas as opções aplicáveis): Anemia  Sanguínea  Angina/Dor no peito  
 Artrite  Articulação artificial  Asma/Febre do Feno  Transfusão de sangue

Câncer/Quimioterapia  Colesterol  Cardiopatia congênita  Diabetes  Epilepsia (convulsão)  Sangramento excessivo  
 Infecções vaginais frequentes  Gota  Ataque cardíaco  Doença cardíaca  Sopro

Cardíaco  Marcapasso cardíaco  Hepatite A, B, C  Hepatite (icterícia)  Pressão alta  HIV/AIDS  
 Batimento cardíaco irregular  Doença hepática  Pressão arterial baixa  Prolapso da válvula mitral  
 Problema nervoso  Osteoporose  Úlcera péptica/estômago  Flebite (coágulo sanguíneo)

Febre reumática  Doença falciforme  Acidente vascular cerebral  Tuberculose  Doença venérea  Outros: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Solteiro (a)  Casado (a)  Viúvo (a)  Divorciado (a)

Você fuma:  Sim, fuma atualmente. Quantos anos? \_\_\_\_\_ Quantos por dia? \_\_\_\_\_  
 Ex-fumante. Quando você parou? \_\_\_\_\_  Não, nunca fumei

### Histórico feminino:

Data do último parto: \_\_\_\_\_ Menstruação regular:  Sim  Não Último período menstrual: \_\_\_\_\_

Nº de gravidezes: \_\_\_\_\_ Nº de filhos vivos: \_\_\_\_\_ Método de controle de natalidade: \_\_\_\_\_

Último esfregaço de papanicolau: \_\_\_\_\_ Última mamografia: \_\_\_\_\_

**Nome do Paciente:** \_\_\_\_\_

**Data de Nascimento:** \_\_\_\_\_

**Motivo principal para esta consulta odontológica:**     Exame                       Emergência                       Consulta

**HISTÓRICO ODONTOLÓGICO**

|   | Sim | Não | Descrição        |
|---|-----|-----|------------------|
| Possui algum problema odontológico específico?<br>(Se sim, descreva)                          |     |     |                  |
| Faz exames odontológicos regularmente?  |     |     | Última consulta: |
| Acredita ter cárie ou gengivite ativas?   |     |     |                  |
| Escova os dentes e usa fio dental regularmente?   |     |     |                  |
| Suas gengivas sangram?  |     |     |                  |
| Gosta do seu sorriso? Por quê?/Por que não?   |     |     |                  |
| Fica com comida presa entre os dentes? Possui dentes moles?                                   |     |     |                  |
| Deseja manter os dentes que possui?   |     |     |                  |
| Já teve cliques, estalos ou desconforto na mandíbula?<br>Possui bruxismo ou ranger de dentes? |     |     |                  |
| Suas experiências em consultórios anteriores foram todas positivas?                           |     |     |                  |
| Fuma ou masca tabaco? Alguma ferida ou crescimento anormal na boca?                           |     |     |                  |
| Nome do dentista anterior (opcional)  |     |     |                  |
| Data da última radiografia panorâmica<br>(16 filmes pequenos ou panorâmicos)                  |     |     |                  |

**HISTÓRICO MÉDICO**

|  | Sim | Não | Descrição   |
|--|-----|-----|---|
| Está sob cuidados médicos no momento? Por quê?                                     |     |     |   |
| Já foi hospitalizado(a) ou passou por cirurgia de grande porte? (Se sim, descreva) |     |     |   |
| Já teve ferimentos graves na cabeça ou pescoço? (Se sim, descreva)                 |     |     |   |
| Faz uso de medicamentos, pílulas, drogas ou fitoterápicos? (Se sim, liste-os)      |     |     |   |
| Segue alguma diet especial? (se sim, descreva)                                     |     |     |   |
| Possui alergia a alguma substância ou medicação?<br>(Se sim, assinale)             |     |     | <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Penicilina <input type="checkbox"/> Codeína <input type="checkbox"/> Acrílico<br><input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Outro: |
| Deseja falar com o dentista em particular sobre quaisquer problemas?               |     |     |   |
| *Mulher (favor assinalar)  |     |     | <input type="checkbox"/> Gestante/tentando engravidar <input type="checkbox"/> Amamentando<br><input type="checkbox"/> Tomando contraceptivos orais   |

Até onde sei, todas as anteriores estão corretas. Caso eu venha a ter quaisquer mudanças em meu estado de saúde ou caso meus medicamentos mudem, devo informar ao dentista e à equipe na próxima consulta sem falta.

**Assinatura do Paciente/Responsável:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

**Revisado pelo(a) Médico (a):** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_ **PA:** \_\_\_\_\_

Revisão do histórico e conclusões significativas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ATUALIZAÇÕES MÉDICAS**

Li meu HISTÓRICO MÉDICO da data de \_\_\_\_\_ e declaro que ele adequadamente relata condições passadas e presentes.

| Data | Exceções                 | Assinatura do<br>Paciente | PA | Revisado por<br>(Médico) |
|------|--------------------------|---------------------------|----|--------------------------|
|      | <input type="checkbox"/> | Nenhum                    |    |                          |
|      | <input type="checkbox"/> | Nenhum                    |    |                          |
|      | <input type="checkbox"/> | Nenhum                    |    |                          |
|      | <input type="checkbox"/> | Nenhum                    |    |                          |
|      | <input type="checkbox"/> | Nenhum                    |    |                          |
|      | <input type="checkbox"/> | Nenhum                    |    |                          |
|      | <input type="checkbox"/> | Nenhum                    |    |                          |

Autorizo o LRMC a divulgar qualquer informação médica pertinente ao pagamento de despesas médicas incorridas por mim aos nomes das seguradoras abaixo ou seus intermediários, transportadoras, agentes ou agentes de faturamento. Permito que uma cópia da autorização seja usada no lugar do pedido original de pagamento de benefícios de seguro médico, seja para mim ou para a parte que aceita atribuições.

Operadora de seguros \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Número da apólice \_\_\_\_\_

Operadora de seguros \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Número da apólice \_\_\_\_\_

Número do titular do cartão: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Relação com o paciente: \_\_\_\_\_

Data de nascimento do titular do cartão: \_\_\_\_\_ Número de telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**ATRIBUIÇÃO DE BENEFÍCIOS DE SEGURO**

Eu, pelo presente, cedo meus direitos sob a apólice de seguro acima mencionada para o Little River Medical Center, incluindo, mas não se limitando a, seguro médico e odontológico, benefícios hospitalares, benefícios por doença ou benefícios por lesão. Em caso de o terceiro ser considerado responsável por quaisquer condições médicas, cedo meus direitos sob um seguro, como seguro de automóvel, seguro de compensação de trabalhadores e/ou pagamentos mínimos de hospital ou de invalidez comumente referidos como "PIP", de acordo com a Seção 56-11\*110 do Código de Leis da Carolina do Sul, de 1976, conforme alterado, e os produtos de todas as reclamações resultantes da responsabilidade do terceiro, a ser pago por qualquer pessoa, empregador, companhia de seguros a ou para mim, até os valores totais das despesas médicas/odontológicas incorridas. Além disso, garanto e declaro que qualquer seguro cedido é um seguro válido e em vigor.

**RESPONSABILIDADE PESSOAL**

Entendo expressamente que sou pessoalmente responsável por todos os valores de despesas médicas/odontológicas/comportamentais de saúde incorridas por mim para atendimento e tratamento, seja internação ou ambulatorial. Qualquer pagamento recebido pelo Little River Medical Center como resultado da autorização de liberação de informações médicas e atribuições de benefícios de seguro acima será creditado em suas contas, e eu serei pessoalmente responsável por todo o saldo remanescente nas contas médicas, de saúde comportamental ou odontológicas de qualquer Little River Medical Center.

**ATUALIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE SEGURO OU RENDA FAMILIAR**

Sempre informarei o escritório do Little River Medical Center sobre todas as mudanças ou atualizações de seguro, ou de renda familiar. Não fazer isso pode resultar em (eu) \_\_\_\_\_ pagar pelos serviços prestados na íntegra.

**CONSENTIMENTO PARA CUIDADOS E TRATAMENTO MÉDICO/ODONTOLÓGICO/COMPORTAMENTAL/FARMACÊUTICO**

Autorizo o Little River Medical Center a prestar assistência e tratamento médico/odontológico conforme julgar apropriado, conforme as instruções do meu médico/dentista de cuidados primários e dos associados, parceiros ou designados que possam ser selecionados para realizar tal tratamento. Reconheço que, durante o curso do tratamento, podem surgir condições que exijam procedimentos ou serviços adicionais e, além disso, autorizo e solicito que meu médico/dentista e/ou associados, parceiros, assistentes ou designados, conforme possam ser escolhidos por ele, realizem tais procedimentos e serviços de acordo com seu melhor julgamento profissional.

Para fins de avanço do conhecimento médico, concordo com a admissão de estudantes de medicina, tradutores e observadores de acordo com os parceiros comuns desta instalação médica  **Sim**  **Não Autorizo os fabricantes de produtos farmacêuticos e seus auditores a acessar meus registros de farmácia como parte de minha participação em seu programa de assistência ao paciente, se eu participar de tal programa.** Entendo que essas informações podem incluir medicamentos e informações de saúde protegidas. (\_\_\_\_) iniciais.

Eu, \_\_\_\_\_, dou consentimento para divulgar (a)  **todas as minhas informações pessoais de saúde (PHI) ou (b)  apenas as seguintes PHI** \_\_\_\_\_

Durante minha visita ao Little River Medical Center (LRMC) aos seguintes indivíduos e esses indivíduos podem pegar minha medicação na Farmácia LRMC e receber os resultados da PHI por telefone do LRMC:

| Nome | Relação | Número de telefone | Número de celular |
|------|---------|--------------------|-------------------|
|      |         |                    |                   |
|      |         |                    |                   |

I, \_\_\_\_\_, guardião legal do filho menor, \_\_\_\_\_, dou permissão ao LRMC para divulgar PHI sobre o menor acima mencionado durante (a)  **durante a consulta médica, e/ou (b)  por telefone para as seguintes pessoas, que também podem pegar os medicamentos do menor na farmácia do LRMC:**

| Nome | Relação | Número de telefone | Número de celular |
|------|---------|--------------------|-------------------|
|      |         |                    |                   |
|      |         |                    |                   |

Esta autorização entrará em vigor e será válida até: \_\_\_\_\_ quando esta autorização para divulgar essas informações expirar. Nenhuma garantia foi feita ou dada por qualquer pessoa quanto aos resultados que podem ser obtidos por qualquer tratamento ou procedimentos prestados a mim. Ao assinar abaixo, o abaixo assinado certifica que os parágrafos anteriores foram lidos na íntegra e compreendidos e que todas as informações são verdadeiras.

Assinatura do paciente/responsável: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

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

Para podermos continuar a atender às suas necessidades de saúde e às da sua família, pedimos que você cumpra nossa política de pagamento.

- O pagamento é devido e deve ser pago no momento em que o serviço é prestado. Quaisquer outras providências devem ser tomadas com o gerente do escritório comercial, ou pessoa designada, antes do atendimento.
- O Little River Medical Center reserva-se o direito de controlar as consultas até que os arranjos financeiros tenham sido feitos.
- O Little River Medical Center registrará reivindicações de seguro apenas com certas seguradoras. O primeiro escalão discutirá sua política com você no momento da sua primeira visita. Dependendo da sua companhia de seguros, pode ser necessário um copagamento e/ou percentagem no check-in.
- O Little River Medical Center não é responsável pelo acompanhamento com as seguradoras. Quando o pagamento da seguradora não for recebido dentro de 45 dias após o depósito, a parte responsável receberá uma declaração de que o pagamento será esperado dentro de 15 dias.
- Os pacientes qualificados para o nosso programa de taxa móvel são responsáveis pelo pagamento integral dos serviços ou taxas que foram definidos em uma tarifa variável.
- O pagamento é esperado no momento do serviço. As formas de pagamento aceitas incluem dinheiro, cheque, Master Card e VISA.

O abaixo assinado reconhece ter lido e concordado com a política de pagamento acima do Little River Medical Center.

---

Assinatura do paciente/responsável

Data

Estamos empenhados em proteger as suas informações pessoais de saúde em conformidade com a lei. O Aviso de práticas de privacidade em anexo declara:

- Nossas obrigações nos termos da lei com relação às suas informações pessoais de saúde.
- Como podemos usar e divulgar as informações de saúde que mantemos sobre você.
- Os seus direitos relacionados com as suas informações pessoais de saúde.
- Nossos direitos de alterar nosso aviso de práticas de privacidade.
- Faça uma reclamação se considera que seus direitos de privacidade foram violados.
- As condições aplicadas aos usos e divulgações não descritos neste aviso.
- A pessoa a ser contatada para obter mais informações sobre nossas práticas de privacidade.

Somos obrigados por lei a fornecer uma cópia deste aviso e a obter nosso reconhecimento por escrito de que você recebeu uma cópia deste aviso.

**Confirmação de recebimento do paciente**

Eu, \_\_\_\_\_, por meio deste, reconheço que recebi uma cópia do aviso de práticas de privacidade.

---

Assinatura do paciente/assinatura do representante do paciente

Data

---

Descrição da autoridade legal para agir em nome do paciente

**Somente para uso entre escritórios**

Em vez da assinatura do paciente, eu, \_\_\_\_\_, um membro da equipe do Little River Medical Center, declaro \_\_\_\_\_ que recebi nosso aviso de práticas de privacidade atual.

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

O Little River Medical Center adotou os seguintes direitos e responsabilidades do paciente. A saúde e o bem-estar dos pacientes dependem de um esforço colaborativo entre os pacientes e seus profissionais de saúde de maneira aberta e respeitosa. Espera-se que os pacientes entendam seus direitos e assumam certas responsabilidades.

**Direitos do paciente:**

*Você tem o direito de:*

**Tratamento**

- Receber tratamento sem discriminação de raça, cor, religião, sexo, nacionalidade, deficiência, orientação sexual ou fonte de pagamento.
- Receber informações completas sobre seu diagnóstico, plano de cuidados e prognóstico.
- Receber atendimento de emergência se precisar.
- Participar de todas as decisões sobre seu tratamento e plano de cuidados.
- Recusar o tratamento ou se recusar a participar de pesquisas.
- Receber a continuidade dos cuidados pelo seu prestador coordenando os seus cuidados com outros profissionais de saúde quando necessário.
- Mudar de fornecedor se outros fornecedores qualificados estiverem disponíveis e selecione uma farmácia à sua escolha.

**Privacidade e confidencialidade**

- Privacidade enquanto estiver no centro médico e confidencialidade de todas as informações e registros relativos aos seus cuidados.
- Revisar seus registros de saúde sem custo e obter uma cópia do seu registro de saúde pelo qual o centro médico pode cobrar uma taxa razoável. Você não pode ter uma cópia negada apenas porque não pode pagar.

**Respeito mútuo e conduta**

- Receba cuidados atenciosos e respeitosos em um ambiente limpo e seguro.

**Comunicação e satisfação**

- Receber todas as informações necessárias para dar o consentimento informado para qualquer procedimento ou tratamento proposto. Esta informação deve incluir os possíveis riscos e benefícios do procedimento ou tratamento.
- Procurar ajuda, como cadeira de rodas ou intérprete, o que facilita a obtenção de cuidados.
- Expressar quaisquer reclamações ou preocupações à administração da LRMC ligando para 843-663-8306.

**Responsabilidades do paciente:**

*Assuma as seguintes responsabilidades:*

**Histórico do paciente**

- Forneça informações precisas e completas sobre reclamações atuais, doenças passadas, hospitalizações, medicamentos, alergias e outros assuntos relacionados à sua saúde.
- Relate mudanças inesperadas em sua condição ao profissional de saúde ou a outros profissionais responsáveis por seus cuidados.

**Entendendo seus cuidados**

- Indique honestamente se você entende claramente seu plano de cuidados e qual é sua função no plano.
- Siga o plano de cuidados recomendado pela sua equipe de saúde.
- Se você não entender ou concordar com seu plano de cuidados, converse com seu médico ou outro profissional de saúde responsável por seus cuidados.
- Mantenha seus compromissos ou ligue para cancelar ou reagendar seu compromisso.

**Respeito mútuo e conduta**

- Siga as regras e regulamentos do centro médico em relação ao atendimento e conduta do paciente (exemplos: proibido fumar, proibido usar armas, etc.).
- Seja atencioso com os direitos de outros pacientes e do pessoal do centro médico.
- Seja respeitoso e use linguagem e comportamento adequados com a equipe do centro médico, outros pacientes e visitantes.

**Compromissos financeiros**

- Assegurar que as obrigações financeiras para seu tratamento sejam prontamente cumpridas, independentemente do tipo de seguro ou outra cobertura de saúde que você tenha.
- Notifique o LRMC se você estiver preocupado com dificuldades financeiras em relação a taxas e pagamentos, para que outros arranjos de pagamento e/ou programas de assistência financeira possam ser explorados.



## CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DENTÁRIO

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Número de conta eCW: \_\_\_\_\_

Dou o meu consentimento para que eu/o meu filho receba tratamento dentário considerado necessário pelos prestadores do Little River Medical Center. Estes procedimentos incluem, mas não se limitam a, exames, radiografias, profilaxia oral (limpeza), tratamentos com flúor, selantes, restaurações (amálgama - obturações de prata, compósito - obturações brancas, e coroas - tampas), tratamentos periodontais (gingivas), tratamentos endodônticos (canais radiculares), extracções e o uso de anestésicos locais. Compreendo que a utilização de anestésicos locais acarreta um pequeno risco de inchaço, nódos negros, reacções alérgicas, alterações na percepção da dor, anestesia prolongada (dormência) e parestesia (formigueiro/agulhas). Este consentimento será considerado em vigor até ser rescindido ou revogado.

\_\_\_\_\_  
(Imprimir o seu nome)

\_\_\_\_\_  
(Relacionamento)

\_\_\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Sua assinatura)

\_\_\_\_\_  
(Testemunha)

\_\_\_\_\_  
(Data)

**Esta secção deve ser preenchida APENAS pelos pais ou pelo tutor legal no caso de menores de 18 anos.**

Afirmo que sou o pai ou o tutor legal do filho menor acima mencionado. Se eu não puder acompanhar o meu filho, autorizo as pessoas abaixo indicadas a acompanharem o meu filho aos tratamentos dentários:

Nome: \_\_\_\_\_

Relacionamento: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Relacionamento: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Relacionamento: \_\_\_\_\_

O presente consentimento será considerado em vigor até ser rescindido ou revogado.