

Dental Associates Of Cape Cod

262 Barnstable Rd.
Hyannis, Mass. 02601
Phone: 508-778-1200

Dr. Michael P. Seidman, D.D.S., P.C.

Dr. Janet Butts, D.M.D. Dr. Daniel C. Varallo, D.M.D., M.S.D.

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Recebimento uma copia dos meus direitos de privacidade

***You May Refuse to Sign this Acknowledgement**

Voce pode recusar de assinar

I, ***Eu***, _____, have received a copy of this office's Notice of Privacy Practices.

Recebi a copia dos meus direitos sobre minha privacidade.

Please Print Name *Nome*

Signature *Signatura*

Date *Data*

For Office Use Only

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

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify)

PATIENT HEALTH HISTORY
HISTORICO DE SAUDE DO PACIENTE

Name: _____

Date: _____

How were you referred to our office? _____

May we thank this person? _____

Como voce ficou sabendo sobre nosso escritorio? _____

Podemos agradecer essa pessoa? _____

In the following questions, circle or check YES or NO whichever applies. Your answers are for our records and will be considered confidential.

Nas questoes abaixo, circule ou marque SIM ou NAO. Suas respostas sao para o nosso arquivo e sao consideradas confidenciais.

1. Are you in good health ?----- **YES** **NO**

1. Voce esta em boa saude? _____ Sim Nao

2. Are you now under the care of a physician ?----- **YES** **NO**

2. Voce esta atualmente sobre os cuidados de um medico? _____ Sim Nao

3. The name of my physician _____ Phone _____

Address _____

3. O nome do meu medico e _____ Telefone _____

Endereco: _____

4A. Have you had any joints replaced ?----- **YES** **NO**

A. Voce ja teve alguma substituicao de articulacao? ----- SIM NO

If so, what _____ When? _____ 4B. Do you need to pre-medicate prior to dental procedures **YES** **NO**

Se sim, qual _____ Quando? _____ 4B Voce precisa ser pre-medicado antes de ser atendido? SIM NO

5. Do you have or have you had any of the following diseases or problems? :

	YES	NO		YES	NO
Heart Attack /Stroke <i>Ataque do coracao/Derrame</i>			Psychiatric Problems <i>Problemas psiquiatricos</i>		
Cancer / Chemotherapy <i>Cancer / Quimioterapia</i>			Epilepsy / Seizures / Fainting spell <i>Epilepsia</i>		
Heart Murmur <i>Sopro no coracao</i>			Diabetes / Tuberculosis (TB) <i>Tuberculose</i>		
Previous Endocarditis <i>Previa Endocardite</i>			Drug / Alcohol Abuse <i>Abuso de alcool ou drogas</i>		
Rheumatic Fever <i>Febre reumatica</i>			Venereal Disease <i>Doencas venereas</i>		
HIV + / AIDS			Hemophilia / Abnormal Bleeding <i>Hemofilia / Sangramento anormal</i>		
Heart Surgery / Pacemaker <i>Cirurgia do coracao / Marcapasso</i>			Ulcers / Colitis <i>Ulceras / Colite</i>		
Shingles <i>Chagas</i>			Congenital Heart Defect <i>Defeitos do coracao congenitos</i>		
Mitral Valve Prolapse <i>Prolapso de valvula mitral</i>			Anemia / Radiation Treatment <i>Anemia / Tratamento de radiacao</i>		
Kidney Problems <i>Problema no rim</i>			Asthma / Arthritis <i>Asma / Artrite</i>		
Artificial Bones / Joints <i>Ossos artificiais ou implante</i>			Difficulty Breathing <i>Dificuldade para respirar</i>		
Artificial Valves <i>Valvulas artificiais do coracao</i>			Hospitalized for Any Reason <i>Foi hospitalizado(a) por alguma razao</i>		
Sinus Problems <i>Problema de sinusite</i>			Hepatitis <i>Hepatite</i>		
High Blood Pressure <i>Pressao alta</i>			Blood Transfusion <i>Recebeu transfusao de sangue</i>		
Low Blood Pressure <i>Pressao baixa</i>			Emphysema / Glaucoma <i>Efisema / Glaucoma</i>		
Severe / Frequent Headaches <i>Dores de cabeca frequentes ou severas</i>			Other:		

6. Are you taking any of the following? :

6. Voce esta tomando algum dos medicamentos seguintes? :

	YES	NO		YES	NO
Antibiotics or sulfa drugs <i>Antibioticos ou sulfa</i>			Aspirin <i>Aspirina</i>		
Anticoagulants (blood thinners) Name: <i>Anticoagulantes (para afinar o sangue) Nome:</i>			Insulin, Tolbutamide (Orinase) <i>Insulina</i>		
Medicine for high blood pressure <i>Medicamento para pressao alta</i>			Digitalis or drugs for heart trouble <i>Digitalicos ou medicamentos para o coracao</i>		
Cortisone (steroids) <i>Cortisona (esteroide)</i>			Nitroglycerin <i>Nitroglicerina</i>		
Tranquilizers <i>Tranquilizantes</i>			Oral Contraceptive (hormonal therapy) <i>Anticoncepcional (Terapia para hormonios)</i>		
Antihistamines <i>Anti-histaminicos</i>			Other (list) <i>Outros (liste)</i>		

7. Are you allergic or have you reacted adversely to? :

7. Voce e alergico ou tem alguma reacao adversa a :

	YES	NO		YES	NO
Penicillin <i>Penicilina</i>			Dental Anesthetics <i>Anestesia dentaria</i>		
Aspirin <i>Aspirina</i>			Codeine <i>Codeina</i>		
Erythromycin <i>Eritromicina</i>			Latex		
Tetracycline <i>Tetraciclina</i>			Other (list) <i>Outros (liste)</i>		

8. Do you have any disease, condition or problem not listed above that you think I should know about? If so, please explain. _____ **YES NO**

9. Voce tem alguma doenca, condicao ou problema de saude que nao esta listado e voce considera importante que nos saibamos? Se sim, por favor explique _____

Women

Mulheres:

- | | | |
|---------------------------------|------------|------------|
| 9. Are you pregnant?----- | YES | NO |
| 9. Voce esta gravida?----- | <i>SIM</i> | <i>NAO</i> |
| 10. Are you nursing?----- | YES | NO |
| 10. Voce esta amamentando?----- | <i>SIM</i> | <i>NAO</i> |

OFFICE POLICIES
Regulamento do escritorio

WELCOME to our office. We are happy to have you as a patient. In an attempt to maintain our fees at a reasonable level, we ask you to help us by observing the following:

BEM VINDO ao nosso escritorio. Nos estamos felizes de ter voce como um paciente. Numa tentativa de manter nossas taxas num nivel consideravel, nos pedimos que voce nos ajude observando os seguintes:

BROKEN APPOINTMENTS - If you cannot keep your appointment, 48-hour notice must be given to avoid a missed appointment charge of \$35.00 per ½ hour appointment. This fee is not covered by ANY insurance; therefore, you will be directly responsible.

NAO COMPARECIMENTO AOS APONTAMENTOS: se voce nao pode manter seu apontamento, voce deve nos dar um aviso de 48 horas para evitar a cobranca de uma taxa de nao comparecimento de \$35.00 por cada 30 min de apontamento marcado. Essa taxa nao e coberta por **NENHUM** seguro; entao voce sera diretamente responsavel por ela.

ACCOUNTS ARE DUE AND PAYABLE ON RECEIPT OF SERVICES - Payment in full for all services is expected the day that they are rendered, unless previous arrangements have been made. Master Card, Visa and American Express, Discover are welcome.

