

Avaliação Odontológica do Candidato a Missionário

Marcio Vieira de Jesus
R. Capitão Ernesto Nunes 709, Apt 22
89280-388 São Bento do Sul - SC
Brasil

Nome	(nome do meio)	Sobrenome	(sufixo)	Número do registro	Data de Nascimento (Idade)	Sexo
Matheus	Nascimento	Figueiredo	SR	0010051268674	01 ago 2005 (19)	Masculino

Para o candidato a missionário:

Faça logo seu exame odontológico para que haja tempo suficiente para terminar TODOS os tratamentos dentários, inclusive o tratamento ortodôntico em andamento e a remoção dos dentes do siso. Antes da consulta odontológica, responda às perguntas do histórico dentário e leia e assine a declaração de autorização. Informe ao presidente da estaca ou ao presidente do distrito se você não puder agendar um exame odontológico. Os missionários e os seus familiares são os responsáveis pelos custos de qualquer serviço odontológico necessário antes e durante sua missão. Como você pode não ter acesso a serviços odontológicos durante sua missão, por favor, seja honesto consigo mesmo e com seu dentista sobre quaisquer problemas (ou possíveis problemas) com seus dentes ou com sua mandíbula, incluindo distúrbios articulares ou ranger de dentes.

Histórico Dentário (a ser preenchida pelo candidato a missionário)

Todo o tratamento ortodôntico foi concluído? Em caso positivo, traga para o campo missionário um conjunto extra de aparelhos móveis.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica
Seus dentes do siso foram removidos? (Em caso negativo, converse sobre isso com seu dentista e remova seus dentes do siso caso haja possíveis preocupações. Esse serviço não é disponibilizado no campo missionário.)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Com que frequência você escova seus dentes?	Com que frequência você usa o fio dental?		
Você sente alguma dor ou tem sangramento na boca, dentes, gengivas ou articulações das mandíbulas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	

Autorização para Divulgação de Informações

Autorizo o dentista que me examinou a divulgar as informações contidas neste exame odontológico a meu bispo ou presidente do ramo e ao Departamento Missionário de A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias. Estou ciente de que as informações serão examinadas por outros dentistas. Estou ciente de que as informações podem ser usadas na avaliação das designações que farão parte de meu chamado missionário. Desobrigo por meio deste documento o dentista que me examinou de todas as responsabilidades legais que possam resultar da divulgação e utilização das informações pela Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias ou seus agentes.

Assinatura do candidato a missionário	Data
Assinatura da testemunha	Data

Ao dentista que realizar a avaliação: Por favor, esteja ciente de que essa pessoa pode servir em uma área do mundo (por 18 a 24 meses) onde há pouco ou nenhum atendimento odontológico profissional disponível, e qualquer serviço odontológico precisará ser pago com seus próprios recursos. A falta de cuidado necessário neste momento pode resultar em problemas significativos de saúde durante a missão e até mesmo no retorno antecipado do missionário para casa.

Avaliação Dentária (a ser preenchida pelo dentista)

O candidato a missionário realizou um exame bucal completo com radiografia interproximal nos últimos seis meses?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Se os terceiros molares não foram removidos ou não nasceram no alinhamento apropriado, uma radiografia panorâmica ou equivalente desses dentes foi feita nos últimos seis a doze meses?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica
Todos os terceiros molares que tenham possibilidade de causar problemas nos próximos dois anos foram extraídos? Qualquer molar não irrompido deve mostrar alinhamento e espaço adequados para irromper livre de impacto distal ou provavelmente não irromperá.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica
Foram resolvidos todos os problemas de deterioração dentária ou infecção gengival?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Todo o tratamento ortodôntico foi concluído?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica
Essa pessoa está praticando hábitos apropriados de higiene bucal, incluindo escovar os dentes e usar o fio dental?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Uma vez que essa pessoa pode não ter acesso a serviços odontológicos profissionais (incluindo exames e limpezas) por 18 a 24 meses, você acredita que ele ou ela estará livre de problemas dentários por este período se a higiene bucal adequada for praticada?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Comentários:			

Assinatura do dentista (Preencha todos os serviços odontológicos antes de assinar este formulário)	Nome do dentista	Data de preenchimento ou da avaliação
Endereço do consultório dentário	Cidade	Estado ou província

País	Código de Endereçamento Postal	Distrito (se houver)
Telefone comercial (com código de área)	Endereço de e-mail (se disponível)	