



Dr. Nick Kim, DMD, MDS & Dr. Paul Kim

REGISTRO DE PACIENTE ADULTO

Data _____
Nome do Paciente _____
Residência _____
Endereço de Correspondência _____
Aniversário _____ Idade _____ Gênero _____ Previdência Social # _____ Telefone de casa _____
Telefone do trabalho _____ Telefone Celular _____ Endereço de E-mail _____

Estado Civil: Solteiro__ Casado__ Viúvo__ Separado__ Divorciado__

Ligação? _____ Texto? _____ E-mail? _____

Como você prefere ser contatado para lembrá-lo de futuras consultas?
Coloque uma marcação na caixa:

Empregador _____ Ocupação _____
Nome do Cônjuge _____ Aniversário _____ Previdência Social # _____
Empregador _____ Ocupação _____ Telefone do Trabalho _____
Telefone Celular _____

A quem nós podemos agradecer por referenciar a você para o nosso consultório?

Algum amigo ou membros da família que nós tratamos? _____ Nome (s)? _____

INFORMAÇÃO DO SEGURO ODONTOLÓGICA

Nome do Titular do Seguro _____ SSN do Titular do Seguro # _____ Data de Nascimento _____
Empresa de Seguros _____ No. do Grupo _____ No. do Telefone _____
Endereço da Empresa de Seguro _____

Você tem cobertura dupla? Sim _____ Não _____ Se sim:
Nome do Titular do Seguro _____ SSN do Titular do Seguro # _____ Data de Nascimento _____
Empresa de Seguros _____ No. do Grupo _____ No. do Telefone _____

Endereço da Empresa de Seguro

INFORMAÇÕES DE CONTATO DE EMERGÊNCIA

Nome do parente mais próximo que não more com você _____

No. do Telefone _____

HISTÓRICO MÉDICO

Médico _____ Data da Última Visita _____

Endereço _____ Telefone _____

Por favor, circule sim ou não (se Sim, por favor, preencha os dados)

Sim Não Você está tomando alguma medicação? _____

Sim Não Você é alérgico a algo? _____

Sim Não Você tem um histórico de uma doença grave? _____

Sim Não Você já fez alguma operação? _____

Sim Não Você já esteve envolvido em um acidente grave? _____

Sim Não Você já fumou ou mastigou tabaco? _____

Sim Não Você foi a um médico nos últimos 12 meses? Por que? _____

Sim Não Apenas para Pacientes Mulheres: Você está grávida? _____

Sim Não A paciente geralmente toma antibióticos antes de limpezas dentárias? Por que?

Circule qualquer uma das condições médicas abaixo que teve ou tem atualmente.

Sangramento anormal/hemofilia	Diabetes	Problemas no Fígado/Hepatite	Pneumonia
Anemia	Tonturas	Herpes	Sangramento Prolongado
Artrite	Epilepsia	Pressão Alta	Radio/Quimioterapia
Asma ou Rinite Alérgica	Distúrbios Gastrointestinais	HIV / Aids	Febre Reumática
Distúrbios Ósseos	Problemas Cardíacos	Problemas Renais	Tuberculose
Cardiopatía Congênita	Sopro Cardíaco	Distúrbios Nervosos	Tumor ou Câncer

Existem condições médicas que nós não discutimos que você sente que nós devemos estar cientes? _____

HISTÓRICO DENTÁRIO

Dentista Geral _____ Data da Última Visita _____

O que mais preocupa você sobre seus dentes? _____

- Sim Não Você está atualmente com alguma dor de dente? _____
- Sim Não Alguma vez você já experimentou qualquer reação desfavorável à odontologia? _____
- Sim Não Seus dentes do siso já foram removidos? _____
- Sim Não Você já perdeu ou lascou algum dente? _____
- Sim Não Há algum ferimento no rosto, boca ou dentes? _____
- Sim Não Alguma parte da boca está sensível à temperatura? Onde? _____
- Sim Não Alguma parte da sua boca está sensível à pressão? Onde? _____
- Sim Não As suas gengivas sangram quando você escova os dentes? _____
- Sim Não Você tem o hábito de chupar o dedo ou morder a língua? _____
- Sim Não Você respira pela boca? _____
- Sim Não Você já foi a um ortodontista? Se sim, quem e quando? _____
- Sim Não Qual é a sua atitude em relação a receber tratamento ortodôntico? _____
- Sim Não Alguém na sua família já recebeu um tratamento ortodôntico? _____
- Como eles se sentiu sobre o resultado? _____
- Sim Não Seus dentes ou maxilares já se sentiu desconfortáveis quando você acorda pela manhã? _____
- Sim Não Você percebe que a sua mandíbula está clicando ou estalando? _____
- Sim Não Você percebe que você cerra os dentes durante o dia? _____
- Sim Não Alguém já te disse alguma vez que você range os dentes? _____
- Sim Não Você tem dores de cabeças "tensionais"? _____
- Sim Não Você já experimentou zumbidos crônicos nos ouvidos? _____
- Sim Não Você está ciente de que algumas consultas serão durante o horário de trabalho? _____

BENEFICIOS

Benefícios da Ortodontia: Estética, Saúde e Funcional. Ortodontia é um serviço que fornece uma melhoria na aparência dos dentes, na função geral dos dentes e saúde bucal em geral. Dentes, gengivas e mandíbulas são partes do corpo intrincadas e podem não responder ao tratamento. Se a boa higiene bucal não é praticada, isso pode resultar em cárie e gengivas alargadas. Os dentes mudam ao longo da nossa vida e pode haver algum movimento dos dentes e alguma mudança após o tratamento. Eu li e entendi este parágrafo. Eu também entendo que meus registros de diagnóstico podem ser utilizados para fins educacionais e promocionais. Eu sinceramente respondi todas as perguntas acima e concordei em informar este consultório de quaisquer alterações no meu histórico médico ou dentário. Eu entendo que, se for caso disso, podem ser obtidos relatórios do departamento de crédito. Além disso, autorizo a uma completa avaliação ortodôntica.

Assinatura: _____ Data: _____