



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

**REGISTRO DO PACIENTE PARA PACIENTES MENORES DE 18 ANOS DE IDADE**

Data \_\_\_\_\_

Nome do Paciente \_\_\_\_\_  
Último Primeiro Meio

Endereço \_\_\_\_\_  
Rua Cidade CEP

Apelido \_\_\_\_\_ Data de Aniversário \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Gênero \_\_\_\_\_

Escola \_\_\_\_\_

Esporte/Hobbies \_\_\_\_\_

Nome dos Pais/Responsáveis: \_\_\_\_\_

A quem podemos agradecer por referenciar a você o nosso consultório? \_\_\_\_\_

Amigos, familiares ou irmãos que nós tratamos? \_\_\_\_\_ Nome (s)? \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÃO DA PARTE RESPONSÁVEL**

Nome \_\_\_\_\_  
Último Primeiro Meio

Residência \_\_\_\_\_  
Rua Cidade CEP

Endereço para correspondência \_\_\_\_\_  
Rua Cidade CEP

Celular/outro telefone \_\_\_\_\_ Telefone Residencial \_\_\_\_\_ Telefone do Trabalho \_\_\_\_\_

Endereço de E-mail \_\_\_\_\_

Como você prefere ser contatado para lembrá-lo das consultas futuras?  
Coloque uma marcação na caixa:  E-mail  Ligação  Texto

Previdência Social # \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_ Relação com o Paciente \_\_\_\_\_

Empregador \_\_\_\_\_ Ocupação \_\_\_\_\_

Nome do Cônjuge \_\_\_\_\_ Relação com o Paciente \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_

Empregador \_\_\_\_\_ Ocupação \_\_\_\_\_

Previdência Social # \_\_\_\_\_ Telefone do Trabalho \_\_\_\_\_ Telefone Celular \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES SOBRE SEGURO ODONTOLÓGICO**

Nome do Titular do Seguro \_\_\_\_\_ Titular do Seguro SSN # \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ Titular do Seguro SSN # \_\_\_\_\_ Data de \_\_\_\_\_

Nascimento \_\_\_\_\_

Empresa de Seguros \_\_\_\_\_ No. do Grupo \_\_\_\_\_ No. do Telefone \_\_\_\_\_

Endereço da Empresa de Seguros \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES PARA CONTATO DE EMERGÊNCIA

Nome do parente mais próximo que não vive com você \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_

## HISTÓRICO MÉDICO

Médico \_\_\_\_\_ Data da Última Visita \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Por favor, circule Sim ou Não (Se sim, por favor preencha os detalhes)

Sim Não O paciente está tomando algum medicamento? \_\_\_\_\_  
Sim Não O paciente é alérgico a alguma coisa? \_\_\_\_\_  
Sim Não Histórico de alguma doença grave? \_\_\_\_\_  
Sim Não O paciente fez quaisquer operações? \_\_\_\_\_  
Sim Não Já esteve envolvido em um acidente grave? \_\_\_\_\_  
Sim Não Foi ao médico nos últimos 12 meses? Por que? \_\_\_\_\_  
Sim Não Pacientes Mulheres apenas: A paciente está grávida? \_\_\_\_\_  
Sim Não O paciente normalmente toma antibióticos antes limpezas dentais? Por que? \_\_\_\_\_

Circule quaisquer condições médicas abaixo que o paciente já tenha tido ou tenha atualmente.

Sangramento anormal/Hemofilia	Diabetes	Problemas no fígado/hepatite	Pneumonia
Anemia	Tonturas	Herpes	Sangramento Prolongado
Artrite	Epilepsia	Pressão Alta	Radio/Quimioterapia
Asma ou Rinite	Distúrbios Gastrointestinais	HIV / Aids	Febre Reumática
Distúrbios nos Ossos	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 deveríamos estar cientes? \_\_\_\_\_

## HISTÓRICO DENTÁRIO

Dentista Geral \_\_\_\_\_ Data da Última Visita \_\_\_\_\_

O que preocupa mais você sobre os seus dentes? \_\_\_\_\_

Sim Não O paciente está atualmente com dor dental? \_\_\_\_\_  
Sim Não Já experimentou qualquer reação desfavorável à odontologia? \_\_\_\_\_  
Sim Não O paciente já perdeu ou lascou algum dente? \_\_\_\_\_  
Sim Não Sofreu algum ferimento no rosto, boca ou dentes? \_\_\_\_\_  
Sim Não Alguma parte da sua boca é sensível à temperatura? Onde? \_\_\_\_\_  
Sim Não Alguma parte da sua boca é sensível à pressão? Onde? \_\_\_\_\_  
Sim Não As gengivas sangram ao escovar? \_\_\_\_\_  
Sim Não Algum hábito de chupar/lamber os dedos? \_\_\_\_\_  
Sim Não O paciente respira pela boca? \_\_\_\_\_  
Sim Não O paciente já foi a um ortodontista? Se sim, quem e quando? \_\_\_\_\_  
Sim Não Qual é a atitude do paciente em relação a receber um tratamento ortodôntico? \_\_\_\_\_  
Sim Não Alguém na família recebeu tratamento ortodôntico? \_\_\_\_\_  
Sim Não Como eles se sentiram sobre o resultado? \_\_\_\_\_  
Sim Não Os dentes ou mandíbulas já se sentiram desconfortáveis logo no começo da manhã? \_\_\_\_\_  
Sim Não Já experimentou a mandíbula clicando ou estalando? \_\_\_\_\_  
Sim Não Ciente de apertar ou ranger os dentes durante o dia? \_\_\_\_\_  
Sim Não Experimentou dor de cabeça "tensional"? \_\_\_\_\_  
Sim Não O paciente já experimentou zumbidos crônicos nos ouvidos? \_\_\_\_\_  
Sim Não O paciente precisa de uma ajuda extra com instruções? \_\_\_\_\_  
Sim Não O paciente é sensível ou autoconsciente sobre seus dentes? \_\_\_\_\_  
Sim Não Você está ciente de que algumas consultas serão durante o horário escolar? \_\_\_\_\_

## **BENEFÍCIOS**

**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 uma parte do corpo complexa e podem não responder ao tratamento. Se não é praticada a boa higiene bucal, 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 concordo em informar este consultório de quaisquer alterações no meu histórico médico ou dentário. Eu entendo que, se for apropriado, podem ser obtidos relatórios do departamento de crédito. Além disso, autorizo uma avaliação ortodôntica completa.

**Pais /Responsáveis:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_