



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

REGISTRO DO PACIENTE PARA PACIENTES MENORES DE 18 ANOS DE IDADE

Data
Nome do Paciente
Endereço
Apelido
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?

INFORMAÇÃO DA PARTE RESPONSÁVEL

Nome
Residência
Endereço para correspondência
Celular/outro telefone
Endereço de E-mail

Como você prefere ser contatado para lembrá-lo das consultas futuras?
Previdência Social #
Empregador
Nome do Cônjuge
Empregador
Previdência Social #

INFORMAÇÕES SOBRE SEGURO ODONTOLÓGICO

Nome do Titular do Seguro
Empresa de Seguros
Endereço da Empresa de Seguro
Você tem cobertura dupla?
Nome do Titular do Seguro

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:** _____