



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

REGISTRACIÓN DE PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Segundo Nombre

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código Postal

Dirección de envío \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo: M / F # de Seguro Social \_\_\_\_\_ Num. Tel. de Casa \_\_\_\_\_

Num. Tel. de Trabajo \_\_\_\_\_ Num. Tel. de Celular \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero/a \_\_\_ Casado/a \_\_\_ Viudo/a \_\_\_ Separado/a \_\_\_ Divorciado/a \_\_\_

¿Cómo prefiere ser contactado para recordarle de sus citas futuras?

Marque uno:

Correo Electronico? \_\_\_\_\_ Llamada? \_\_\_\_\_ Text? \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Nombre de esposo/a \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_

Num. Tel. de Celular \_\_\_\_\_ Num. Tel. de Trabajo \_\_\_\_\_

¿A quien podemos agradecer por referencia a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

¿Hay amigos o familiares que hemos tratado? \_\_\_\_\_ ¿Nombre(s)? \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL ASEGURANZA

Nombre del Asegurador \_\_\_\_\_ # de Seguro Social del Asegurador \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Compañía de la Aseguranza \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_ Num. de Telefono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

¿Tiene doble cobertura? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si contesto sí:

Nombre del Asegurador \_\_\_\_\_ # de Seguro Social del Asegurador \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Compañía de la Aseguranza \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_ Num. de Telefono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre de pariente más cercano que no vive con usted \_\_\_\_\_

Num.de Telefono \_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICA

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Num. de Telefono \_\_\_\_\_

Marque con un círculo Sí o No (En caso afirmativo, llene los datos en las líneas proporcionadas):

Sí No ¿El paciente está tomando algún medicamento? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿El paciente es alérgico a algo? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿El paciente tiene historia de enfermedad grave? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿El paciente ha tenido alguna cirugía? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿El paciente ha estado involucrado en algún accidente serio? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿El paciente ha ido a un medico en los últimos 12 meses? ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
Sí No Sí es Mujer: ¿Estas embarazada? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿El paciente normalmente toma antibióticos antes de una limpieza dental? \_\_\_\_\_

Marque con un círculo cualquiera de las condiciones médicas siguientes que el paciente ha tenido o tiene actualmente:

Hemorragia anormal/hemofilia	Diabetis	Problemas del hígado/Hepatitis	Neumonía
Anemia	Mareo	Herpes	Sangrado exesivo
Artritis	Epilepsia	Alta presión sanguínea	Radiación/Quimioterapia
Asma o fiebre de heno	Desórdenes gastrointestinales	HIV / S.I.D.A	Fiebre reumática
Trastornos de los huesos	Problemas del corazón	Problemas de riñón	Tuberculosis
Defecto cardiac congenito	Soplo en el corazón	Trastornos de los nervios	Tumor o cáncer

¿Hay alguna condición médica no hemos explicado que se siente que deberíamos tener en cuenta? \_\_\_\_\_

## HISTORIA DENTAL

Dentista General \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita \_\_\_\_\_  
¿Lo que más le preocupa acerca de sus dientes? \_\_\_\_\_

Sí No ¿El paciente actualmente tiene dolor dental? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Alguna vez ha experimentado alguna reacción desfavorable a la odontología? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿El paciente ha perdido o astillado alguno de sus dientes? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Ha habido alguna vez algún lesiones en la cara, boca, o los dientes? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿La boca del paciente es sensible a la temperatura? ¿Donde? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿La boca del paciente es sensible a la presión? ¿Donde? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Le sangran las encías al cepillarse? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Hay algún tipo de habito de pulgar o de la lengua? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿El paciente respira por la boca? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿El paciente ha visto alguna vez a un ortodoncista? ¿Cuándo y quién? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Cuál es la actitud del paciente que reciben tratamiento de ortodoncia? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Alguien en la familia ha recibido tratamiento de ortodoncia? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Si afirmativo, cómo se sintieron con el resultado? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿En la mañana, los dientes o mandíbula se siente incómodo o dolor? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿El paciente ha experimentado su mandíbula que truena? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Consciente de apretar o rechinar los dientes durante el día? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Tiene dolores de cabeza por tensión? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿El paciente tiene zumbidos en los oídos crónica? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿El paciente necesita ayuda adicional con instrucciones? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿El paciente está sensible o consciente de sus dientes? \_\_\_\_\_  
Sí No ¿Sabe usted que algunas citas serán durante horas de escuela/del trabajo? \_\_\_\_\_

## BENEFICIOS

Beneficios de la Ortodoncia: Estética, Salud y Función. La ortodoncia es un servicio mejora el aspecto de los dientes, en la función general de los dientes, y en la salud dental. Los dientes, las encías y mandíbulas son una parte del cuerpo intrincado y puede dejar de responder al tratamiento. Si una buena higiene oral no se practica, caries en los dientes y las encías agrandadas pueden resultar. Los dientes cambian a lo largo de nuestra vida y puede haber algún movimiento y algunos cambios de los dientes después del tratamiento. He leído y entendido este párrafo. También entiendo que mis registros de diagnóstico pueden ser utilizados para los propósitos educativos y promocionales. He contestado con la verdad todas las preguntas anteriores y acordar informar a esta oficina de cualquier cambio en mi historial médico o dental. Entiendo que, cuando sea apropiado, se pueden obtener informes de la oficina de crédito. Además, consiento a una evaluación de ortodoncia completa.

Firma del paciente/padre/guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_