



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? ¿Dónde? _____
Sí No ¿La boca del paciente es sensible a la presión? ¿Dónde? _____
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 _____