



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

REGISTRACIÓN DE PACIENTE PARA PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD

Fecha
Nombre del Paciente
Dirección
Apodo
Nombre de Colegio/Escuela
Nombre del Padre/Guardián
¿A quien podemos agradecer por referencia a nuestra oficina?
¿Hay amigos o familiares que hemos tratado?

INFORMACIÓN DEL PARTIDO RESPONSABLE

Nombre del Paciente
Dirección
¿Cuánto tiempo en esta dirección?
Num. Tel. de Celular
¿Cómo prefiere ser contactado para recordarle de sus citas futuras?
de Seguro Social
Empleador
Nombre de esposo/a
Empleador
de Seguro Social

INFORMACIÓN DEL ASEGURANZA

Nombre del Asegurador
Compañía de la Aseguranza
Dirección
¿Tiene doble cobertura?
Nombre del Asegurador
Compañía de la Aseguranza
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 riñon | 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? _____
Altura de los padres: Mamá _____ Papá _____

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 _____