

David M. Bunkall, D.D.S., M.S., P.A.

o r d o n t o l o g o

Registro y Tarjeta de Conocimiento

Nombre: _____ SS#: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Genero: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Telefono: _____ Dentista: _____ Doctor: _____

¿A quien le agradecemos por referirlo? _____

¿Cual es su mayor preocupacion de sus dientes? _____

HISTORIAL MEDICAL (Circule de lo que padece)

- Enfermedad del Corazon
- Fiebre Reumatica
- Murmuro del Corazon
- Alta Presion Sanguinea
- Asma
- Tuberculosis
- Enfisema
- Ulseras
- Problemas Estomacales
- Hepatitis
- Enfermedad del Hgado
- Enfermedad del Riñon o Vejiga
- Enfermedad de Trasmision Sexual
- Problemas de Sangradas
- Anemia de Celulas Sickel
- Paro Cardiaco
- Epilepsia o Convulsiones
- Paralisis
- Artritis
- Inflamacion Articular
- Enfermedad de la Piel
- VIH+
- SIDA
- Cancer
- Problemas Emocionales o Psicologicos
- Alergias
- Tiroides o Problemas de Glandulas
- Diabetes
- Problemas de la Audicion o Sabor
- Glaucoma
- MRSA (Infeccion estafilococica resistente a la Meticilina)

HISTORIAL DENTAL (Circule de lo que padese)

- Lesiones o heridas en los Dientes y /o en la Cara. (Describe) _____
- Muerde o Chupa, los Dedos o Pulgar.
- Muerde las Uñas o Labios
- Respira por la Boca
- Articulacion de la mandibula /le hace clic /se le bloquea/o dolor.
- Rechina los Dientes
- Empastes/Capas/Coronas/Coronas Totals (Describe) _____
- Endodoncias
- Extracciones (Describe) _____
- Otra Cirugia Facial e Oral (Describe) _____
- Tratamiento Periodontal (Describe) _____
- Biopsia Bucal (Describe) _____
- Tratmiento de Blanquiar
- Tratamientos de Fluor o Enjuages de Peridex
- Fuegos o Llagas

Favor de contestar todas las preguntas:

- ¿Toca un instrumento musical? (cual y cuantas horas por semana) _____
- ¿Detiene el telefono con el hombro y barbilla? Si _____ No _____
- ¿Usa alguna forma de tabaco? Si _____ No _____ (Describe) _____
- ¿Bebe mas de 3 vasos de vino, cerbeza, o otra bebida alcoholica? Si _____ No _____
- ¿Toma medicamentos regular? (Describe) _____
- ¿Alergias a medicamentos? (Describe) _____
- ¿Alguna vez a tenido tratamientos de quimioterapia o rayos x? Si _____ No _____
- ¿A sido internado en el hospital? (Describe) _____
- ¿Fecha de la ultima vez que fue con un dentista y por que? _____
- _____
- _____
- ¿Fecha de la ultima vez que fue con un medico y por que? _____
- _____
- _____
- (Mujer) ¿Esta embarazada? Si _____ No _____

¿Alguna otra cosa que deba saber sobre su historal medical, dental, o psicologica? _____

Profecion: _____ Hobby: _____

Empleador: _____ Cuanto Tiempo: _____ Telefono de Trabajo: _____

Nombre de Esposo/a: _____ Empleador: _____ Telefono de Trabajo: _____

Persona/as responsable por la cuenta: _____ SS#: _____ - _____ - _____

Aseguranza : _____ # de Polisa: _____ # de Grupo: _____

Contacto en Caso de Emergencia: _____ Relacion con el Paciente: _____ Telefono: _____

Al mejor de mi conocimiento toda la imformacion esta completa y correcta. Por la presente informacion yo le doy permiso al Dr. David M. Bunkall a examinarme y asegurarme con el diagnostico de ortodoncia. Tambien le doy permiso al Dr. Bunkall que verifique la cobertura de mi aseguranza y a su discrecion verificar mi credito.

Firma _____ Fecha _____