

# 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 de Hijo/a: \_\_\_\_\_ Como le gusta que le llamen: \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_ Doctor/a: \_\_\_\_\_

¿A quien le agradecemos por referirlo? \_\_\_\_\_

¿Qual es su mayor preocupacion de los dientes de su hijo/a? \_\_\_\_\_

### HISTORIAL MEDICAL (Circule de lo que padece)

Enfermedad del Corazon

Fiebre Reumatica

Murmuro del Corazon

Alta Presion Sanguinea

Asma

Tuberculosis

Diabetes

Ulseras

Problemas Estomacales

Hepatitis

Enfermedad del Hgado

Enfermedad del Riñon o Vejiga

Enfermedad de Transmision 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

MRSA (*Infreccion estafilococica resistente a la meticilina*)

Otras (favor de apuntar) \_\_\_\_\_

### HISTORIAL DENTAL (Circule de lo que padece)

Lesiones or 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) \_\_\_\_\_

Tratamiento de Blanquiar

Tratamientos de Fluor o Enjuages de Peridex

Fuegos o Llagas

#### Favor de contestar todas las preguntas:

¿Toma medicamentos regular? (Describe) \_\_\_\_\_

¿Alergias a medicamentos ? (Describe) \_\_\_\_\_

¿Usa alguna forma de tabaco? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Describe) \_\_\_\_\_

¿Usa drogas ilegales? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Alguna vez a tenido trataminetos de quimoterapia o rayos x? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿A sido internado en el hospital? (Describe) \_\_\_\_\_

¿Fecha de la ultima vez que fue al dentista y por que? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Fecha de la ultima vez que fue al doctor y por que? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Las vacunas estan al dia? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

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

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Empleado: \_\_\_\_\_ Cuanto Tiempo: \_\_\_\_\_

Telefone del Trabajo: \_\_\_\_\_ Telefono de Casa: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Cuanto Tiempo: \_\_\_\_\_

Telefono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Telefono de Casa: \_\_\_\_\_

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 examinarne 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 \_\_\_\_\_

