



bunkallorthodontics

## Registro y Tarjeta de Conocimiento de Adulto

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre Preferido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_ Genero: \_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_ Medico: \_\_\_\_\_

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

¿Cuál es su mayor preocupación de sus dientes? \_\_\_\_\_

### HISTORIAL MEDICAL *(Circule de lo que padezca en presente y en el pasado)*

Enfermedad del Corazón  
 Soplo Cardíaco  
 Fiebre Reumática  
 Embolia Cerebral  
 Alta o Baja Presión Sanguínea  
 Desorden Sanguíneo / Anemia  
 Asma  
 Enfisema  
 Tuberculosis  
 Diabetes  
 Sinusitis del Oído, Nariz o Garganta  
 Problemas Endocrinos o Tiroides  
 Hepatitis o Enfermedad del Hígado  
 Enfermedad del Riñón o Vejiga  
 Cáncer  
 Osteoporosis  
 Epilepsia o Convulsiones  
 Artritis  
 Inflamación Articular  
 Enfermedad de la Piel  
 MRSA (Infección estafilococia resistente a la Meticilina)  
 Alergias  
 VIH+/ SIDA  
 Problemas Emocionales o Psicológicos  
 Desorden Alimenticio  
 Glaucoma  
 Dolor de Cabeza o Migraña  
 Otra enfermedad \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

Lesiones o heridas en los Dientes y /o en la Cara. (Describir) \_\_\_\_\_  
 Muerde o Chupa, los Dedos o Pulgar.  
 Muerde los Labios  
 Respira por la Boca  
 Articulación de la mandíbula /le hace clic /se le bloquea/o dolor.  
 Rechinan los Dientes  
 Empastes/Capas/Coronas/Coronas Totales (Describa) \_\_\_\_\_  
 Endodancias (Describa) \_\_\_\_\_  
 Extracciones (Describa) \_\_\_\_\_  
 Cirugía Facial e Oral (Describa) \_\_\_\_\_  
 Tratamiento Periodontal (Describa) \_\_\_\_\_  
 Biopsia Bucal (Describa) \_\_\_\_\_  
 Tratamiento de Ortodoncia (Describa) \_\_\_\_\_  
 Tratamiento de Blanquear  
 Fuegos o Llagas

### Favor de contestar todas las preguntas:

¿Toma medicamentos regular? (Describa) \_\_\_\_\_  
 ¿Es alérgico al látex? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿Es alérgico al níquel? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿Usa drogas ilegales? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿Usa alguna forma de tabaco? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Describa) \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez ha tenido tratamientos de quimioterapia o rayos x? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez ha tomado medicamento de bisfosfonato (como el Fosamax o Boniva)? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿Fecha de la última vez que fue con un dentista y por qué? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Fecha de la última vez que fue con un médico y por qué? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (Mujer) ¿Esta embarazada? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

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

Nombre de aseguranza de Ortodoncia: \_\_\_\_\_ # de Póliza: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del empleado/a asegurado/a: \_\_\_\_\_

Contacto en Caso de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

Al mejor de mi conocimiento toda la información está completa y correcta. Por la presente información yo le doy permiso al Dr. David M. Bunkall a examinarme y asegurarme con el diagnostico de ortodoncia. También le doy permiso al Dr. Bunkall que verifique la cobertura de mi seguro y a su discreción verificar mi crédito.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_