



bunkallorthodontics

## Registro y Tarjeta de Conocimiento

Nombre de Hijo/a: \_\_\_\_\_ 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 los dientes de su hijo/a? \_\_\_\_\_

### 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  
 Tuberculosis  
 Diabetes  
 Sinusitis del Oído, Nariz o Garganta  
 Problemas Endocrinos o Tiroides  
 Hepatitis o Enfermedad del Hígado  
 Enfermedad del Riñón o Vejiga  
 Cáncer  
 Epilepsia o Convulsiones  
 Artritis  
 Enfermedad de la Piel  
 MRSA (Infección estafilococia resistente a la Meticilina)  
 Alergias  
 VIH+/ SIDA  
 Problemas Emocionales o Psicológicos  
 Desorden Alimenticio  
 DDA (Desorden De Déficit De Atención)  
 TDAH (Trastorno déficit de atención e hiperactividad)  
 Espectro Autista  
 Retraso en el Desarrollo  
 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) \_\_\_\_\_  
 Endodoncias (Describa) \_\_\_\_\_  
 Extracciones (Describa) \_\_\_\_\_  
 Cirugía facial e oral (Describa) \_\_\_\_\_  
 Tratamiento periodontal de la encía (Describa) \_\_\_\_\_  
 Tratamiento de Ortodoncia (Describa) \_\_\_\_\_  
 Selladores  
 Tratamientos de flúor  
 Fuegos o Llagas

### Favor de contestar todas las preguntas que le apliquen:

¿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 radiación o quimioterapia o? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿A sido internado en el hospital? (Describa) \_\_\_\_\_  
 ¿Fecha de la última vez que fue al dentista y por qué? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Fecha de la última vez que fue al médico y por qué? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

Teléfono del Móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Persona/as responsable por la cuenta: \_\_\_\_\_

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

Empleadora: \_\_\_\_\_

Contacto en caso de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_ # 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 aseguranza y a su discreción verificar mi crédito.

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