



Dr. H. Derick Phan D.D.S., C.A.G.S
San Jose Office
 150 N. Jackson Ave. Suite 211
 San Jose CA 95116
 Tel. (408)251-7901

Palo Alto Office
 750 Welch Rd. #102
 Palo Alto, CA 94304
 Tel. (650)325-2496
PHANORTHODONTICS.COM

Acct. No. _____

**PATIENT REGISTRATION
 HISTORY-CHILD**

Nombre _____ **Fecha** ____/____/____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento ____/____/____ **Edad** ____ Masculino Femenino **Escuela** _____ **Grado** _____

Domicilio _____ **Teléfono (____) _____ - _____**
Calle Ciudad Estado Código Pstal

Nombre de la Madre _____ **Empleador** _____ **Fecha de Nacimiento** ____/____/____

Teléfono (____) _____ - _____ **Nº de seguro social** ____-____-____ **Correo Electronico** _____

Nombre de Asegurancia Dental _____ **Nº de Grupo** _____

Nombre del Padre _____ **Empleador** _____ **Fecha de Nacimiento** ____/____/____

Teléfono (____) _____ - _____ **Nº de seguro social** ____-____-____ **Correo Electronico** _____

Nombre de Asegurancia Dental _____ **Nº de Grupo** _____

Paciente vive con Ambos Padres Madre Padre Otro _____

Referido por? _____

MEDICATIONS CURRENTLY TAKING: _____

POR FAVOR MARQUE SI O NO ALAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

YES	NO	YES	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿El Paciente ha tenido un examen físico en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿El paciente ha tenido alguna reacción a algún medicamento?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿El paciente es actualmente bajo el cuidado de un médico ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿Se le a removido sus anginas y / o adenoides ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿El Paciente a estado hospitalizado alguna vez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿El paciente a experimentado desmayos o mareos ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿El paciente está tomando algún pastillas, medicamentos o drogas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿Tiene el paciente la presión arterial muy alta o muy baja?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿Ha tenido alguna vez paciente de una cirugía mayor ?		

HA SIDO DIAGNÓSTICADO O TRATADO POR:

Yes	No	Yes	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfermedades malignas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas endocrinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Arthritis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sangrado prolongado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Huesos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sida

FAVOR REVISE SI EL PACIENTE ES ALÉRGICO A LO SIGUIENTE :

Aspirina Codeina Penicilina Sulfa Latex Metales
 Otro/a _____

Dr. Notes: _____

MEDICAL ALERT
 Yes No

Hay algún otro problema médico que debería tomar en cuenta ? _____

HISTORIAL DENTAL

NOMBRE DEL DENTISTA _____ **Teléfono (____) _____ - _____** **FECHA DE LA ÚLTIMA LIMPIEZA** ____/____/____

Yes	No	Yes	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿Ha tenido alguna vez consulta o tratamiento de ortodoncia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿El paciente apretar o rechina los dientes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿Se le ha informado al paciente que le faltan dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿Tiene el paciente dolor o ruido en la mandíbula?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿Tiene dientes permanentes que se han eliminado por extracción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿Ha tenido alguna vez algún diente lesionado por causa de un accidente?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿Alguien de la familia ha tenido tratamiento de ortodoncia? ¿Quien? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿Ha tenido alguna vez paciente dolores en la cara?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿El Paciente respira predominantemente por su boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿Ha tenido alguna vez una lesión severa en la mandíbula o la cabeza?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿Tiene el paciente algún problema del habla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿Le sangran las encías al cepillarse los dientes o usar hilo dental?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿ El paciente se chupa su pulgar o dedo?		

¿Hay otros problemas dentales / de ortodoncia que debo tener en cuenta? _____

Padre/Guardian _____ **Fecha** ____/____/____