

JAMES T. LEE, D.D.S.

Specialist in Orthodontics

1127 Wilshire Blvd., Suite 915 ♦ Los Angeles, CA 90017 ♦ (213) 481-0820

REGISTRATION RECORD ADULT

Date _____
Fecha _____

Patient: _____ DOB: _____
Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Patient is: Single ☐ Married ☐ Widowed ☐ Divorced ☐
Paciente es: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a

Residence Address: _____
Direccion de su Casa: _____

City: _____ State: _____ ZIP: _____
Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Residence Phone Number: _____ Cell Phone Number: _____
Telefono de Casa: _____ Celular: _____

Employed by: _____ Business Number: _____ Ext: _____
Empleado Por: _____ Numero de Trabajo: _____

Business Address: _____
Direccion del Trabajo: _____

Occupation: _____ S.S #: _____
Ocupacion: _____ Numero de Seguro Social: _____

Insurance Co.: _____ Phone Number: _____
Compañia de Aseguranza: _____ Numero de Telefono: _____

Spouse: _____
Esposo/a: _____

Spouse Emp. by: _____ Business Number: _____ Ext: _____
Esposo/a Empleado Por: _____ Numero de Trabajo: _____

Business Address: _____
Direccion del Trabajo: _____

Occupation: _____ S.S #: _____
Ocupacion: _____ Numero de Seguro Social: _____

Insurance Co.: _____ Phone Number: _____
Compañia de Aseguranza: _____ Numero de Telefono: _____

Physician: _____ Phone Number: _____
Doctor: _____ Numero de Telefono: _____

Dentist: _____ Phone Number: _____
Dentista: _____ Numero de Telefono: _____

Referred by: _____
Referido por: _____

HEALTH HISTORY/HISTORIA MEDICA

I. CIRCLE APPROPRIATE ANSWER/CIRCULE LA RESPUESTA CORRECTA

1. YES NO Is your general health good?
¿Está en buena salud general?
2. YES NO Has there been a change in your health within the last year?
¿Han habido cambios en su salud durante el último año?
3. YES NO Have you been hospitalized or had a serious illness in the last three years?
If YES, why? _____
¿Ha estado hospitalizado/a o ha tenido una enfermedad grave en los últimos tres años?
¿Si Sí, por qué? _____
4. YES NO Are you being treated by a physician now? For what? _____
Date of last medical exam? _____ Date of last dental exam? _____
¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento medico? ¿Para qué? _____
Fecha de su último examen medico: _____ Fecha de su última cita dental: _____
5. YES NO Have you had problems with prior dental treatments?
¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado?
6. YES NO Are you in pain now?
¿Tiene algún dolor ahora?

II. HAVE YOU EXPERIENCED-/HA NOTADO:

- | | |
|--|--|
| 7. YES NO Chest pain (angina)?
¿Dolor de pecho (angina)? | 18. YES NO Dizziness?
¿Mareos? |
| 8. YES NO Swollen ankles?
¿Los tobillos hinchados? | 19. YES NO Ringing in ears?
¿Ruidos o zumbidos en los oídos? |
| 9. YES NO Shortness of breath?
¿Falta de aliento? | 20. YES NO Headaches?
¿Dolores de cabeza? |
| 10. YES NO Recent weight loss, fever, night sweats?
¿Reciente pérdida de peso, fiebre, sudor en la noche? | 21. YES NO Fainting spells?
¿Desmayos? |
| 11. YES NO Persistent cough, coughing up blood?
¿Tos persistente o tos con sangre? | 22. YES NO Blurred vision?
¿Vista borrosa? |
| 12. YES NO Bleeding problems, bruising easily?
¿Problemas de sangramiento, moretes? | 23. YES NO Seizures?
¿Convulsiones? |
| 13. YES NO Sinus problems?
¿Problemas nasales (sinusitis)? | 24. YES NO Excessive thirst?
¿Sed excesiva? |
| 14. YES NO Difficulty swallowing?
¿Dificultad al tragar? | 25. YES NO Frequent urination?
¿Orina con frecuencia? |
| 15. YES NO Diarrhea, constipation, blood in stools?
¿Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces? | 26. YES NO Dry mouth?
¿Boca seca? |
| 16. YES NO Frequent vomiting, nausea?
¿Vómitos con frecuencia, náuseas? | 27. YES NO Jaundice?
¿Ictericia? |
| 17. YES NO Difficulty urinating, blood in urine?
¿Dificultad al orinar, sangre en la orina? | 28. YES NO Joint pain, stiffness?
¿Dolor o rigidez en las articulaciones? |

III. DO YOU HAVE OR HAVE YOU HAD-/TIENE O HA TENIDO:

- | | |
|--|--|
| 29. YES NO Heart disease? -
¿Enfermedades del corazón? | 35. YES NO Asthma, TB, emphysema, other lung diseases?
¿Asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades pulmonares? |
| 30. YES NO Heart attack, heart defects?
¿Infarto de corazón, defectos en el corazón? | 36. YES NO Hepatitis, other liver disease?
¿Hepatitis, otras enfermedades del hígado? |
| 31. YES NO Heart murmurs?
¿Soplos en el corazón? | 37. YES NO Stomach problems, ulcers?
¿Problemas del estómago, úlceras? |
| 32. YES NO Rheumatic fever?
¿Fiebre reumática? | 38. YES NO Allergies to: drugs, foods, medications, latex?
¿Alergias a remedios, comidas, medicamentos, latex? |
| 33. YES NO Stroke, hardening of arteries?
¿Apoplejía, endurecimiento de las arterias? | 39. YES NO Family history of diabetes, heart problems, tumors?
¿Familiares con diabetes, problemas de corazón, tumores? |
| 34. YES NO High blood pressure?
¿Presión sanguínea alta? | |

VI. DO YOU HAVE OR HAVE YOU HAD: / TIENE O HA TENIDO:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|----|---|-----|-----|----|---|
| 40. | YES | NO | AIDS?
¿SIDA? | 51. | YES | NO | Psychiatric care?
¿Tratamiento psiquiátrico? |
| 41. | YES | NO | Tumors, cancer?
¿Tumores cáncer? | 52. | YES | NO | Radiation treatment?
¿Tratamientos de radiación? |
| 42. | YES | NO | Arthritis, rheumatism?
¿Artritis, reuma? | 53. | YES | NO | Chemotherapy?
¿Quimioterapia? |
| 43. | YES | NO | Eye diseases?
¿Enfermedades de los ojos? | 54. | YES | NO | Prosthetic heart valve?
¿Válvula artificial del corazón? |
| 44. | YES | NO | Skin diseases?
¿Enfermedades de la piel? | 55. | YES | NO | Artificial joint?
¿Articulación artificial? |
| 45. | YES | NO | Anemia?
¿Anemia? | 56. | YES | NO | Hospitalization?
¿Hospitalizaciones? |
| 46. | YES | NO | VD (syphilis or gonorrhea)?
¿Enfermedades venéreas (sífilis o gonorrea)? | 57. | YES | NO | Blood transfusions?
¿Transfusiones de sangre? |
| 47. | YES | NO | Herpes?
¿Herpes? | 58. | YES | NO | Surgeries?
¿Cirugías? |
| 48. | YES | NO | Kidney, bladder disease?
¿Enfermedades renales (riñón), vejiga? | 59. | YES | NO | Pacemaker?
¿Marcapasos? |
| 49. | YES | NO | Thyroid, adrenal disease?
¿Enfermedades de tiroides o glándulas suprarrenales? | 60. | YES | NO | Contact lenses?
¿Lentes de contacto? |
| 50. | YES | NO | Diabetes?
¿Diabetes? | | | | |

V. ARE YOU TAKING: / ESTÁ TOMANDO:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|----|---|-----|-----|----|--|
| 61. | YES | NO | Recreational drugs?
¿Drogas de uso recreativo? | 63. | YES | NO | Tobacco in any form?
¿Tabaco de cualquier tipo? |
| 62. | YES | NO | Drugs, medications, over-the-counter medicines
(including Aspirin), natural remedies?
¿Remedios, medicamentos, medicamentos sin recetas
(incluyendo aspirina)? | 64. | YES | NO | Alcohol?
¿Alcohol (bebidas alcohólicas)? |

Please list / Liste por favor: _____

VI. DENTAL HISTORY: / HISTORIA DENTAL:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|----|---|-----|-----|----|--|
| 65. | YES | NO | Any injuries to the face mouth or teeth?
¿Ha habido algún daño en la cara, boca o dientes? | 68. | YES | NO | Have you been informed of any missing or
extra permanent teeth?
¿Ha sido informado de alguna pérdida de
dientes o dientes extras? |
| 66. | YES | NO | Are you aware of grinding teeth?
¿Sabe si rechina los dientes? | | | | |
| 67. | YES | NO | Are you a mouth breather?
¿Respira por la boca?
☐ While awake/Cuando esta despierto

☐ While sleeping/Cuando duerme | 69. | YES | NO | Has an orthodontist been consulted
previously?
¿Ha consultado algún orthodontista
previamente? |

VII. WOMAN ONLY: / SÓLO PARA MUJERES:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|----|--|-----|-----|----|---|
| 70. | YES | NO | Are you or could you be pregnant or nursing?
¿Está o podría estar embarazada o dando pecho? | 71. | YES | NO | Taking birth control pills?
¿Está tomando pastillas anticonceptivas? |
|-----|-----|----|--|-----|-----|----|---|

VIII. ALL PATIENTS: / PARA TODOS LOS PACIENTES:

- | | | | |
|-----|-----|----|--|
| 72. | YES | NO | Do you have or have you had any other diseases or medical problems NOT listed on this form?
¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problemas medicos que NO está en este cuestionario? |
|-----|-----|----|--|

If so, please explain / Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

What is your main concern? / Razon de su consulta: _____

To the best of my knowledge, I have answered every question completely and accurately. I will inform my dentist of any changes in my health and/or medication. / Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Informaré a mi dentista si hay algún cambio en mi salud y/o en los medicamentos que me tomo.

Patient's Signature / Firma del Paciente _____ Date / Fecha _____

Dental Staff Member's Signature _____ Date _____

FOR OFFICE USE ONLY

INITIAL EXAM FORM

Patient's Name _____

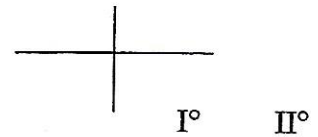
Age: Y _____ M _____

Angle Class: Molar _____

Angle Class: Cuspid _____

Muscle Balance: Normal

Midline:



Detected Habits: None

Visible Caries: None

Oral Pathology or Defects: None

Oral CA Screening: Negative

TMJ: Normal

Exam:

Rx: X-Rays: Yes _____ No _____

TMJ X-Rays: No _____ Yes _____

Perio Condition: Within Normal _____ Gingivitis _____ Perio Eval Needed _____

Comments _____

Initial Tx. Plan w/out X-Rays _____

Models _____ A NA _____ Consult _____ A NA _____ Range _____ Time _____

I give consent for my child/myself to be examined and for any procedures recommended by Dr. Lee.

CC: _____

Signature

Date

Recall: _____

James T. Lee, D.D.S.

Date