

JAMES T. LEE, D.D.S.

Specialist in Orthodontics

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

REGISTRATION RECORD PATIENTS UNDER 18 YEARS OF AGE

Date _____
Fecha _____

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

Residence Address: _____
Direccion de su Casa: _____

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

Residence Phone Number: _____
Telefono de Casa: _____

FATHER'S INFORMATION

MOTHER'S INFORMATION

Father: _____
Padre: _____

Mother: _____
Madre: _____

Employer: _____
Empleado por: _____

Employer: _____
Empleado por: _____

Occupation: _____
Ocupacion: _____

Occupation: _____
Ocupacion: _____

Business Address: _____
Direccion del Trabajo: _____

Business Address: _____
Direccion del Trabajo: _____

Business Number: _____
Numero de Trabajo: _____

Business Number: _____
Numero de Trabajo: _____

Insurance Co.: _____
Compañia de Aseguranza: _____

Insurance Co.: _____
Compañia de Aseguranza: _____

Ins. Phone Number: _____
Telefono de la Aseguranza: _____

Ins. Phone Number: _____
Telefono de la Aseguranza: _____

S.S #: _____

S.S #: _____

DOB: _____
Fecha de Nacimiento: _____

DOB: _____
Fecha de Nacimiento: _____

Who is Financially Responsible for this Account: _____ Cellular: _____
Quien es responsable por esta cuenta: _____

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

II. HAVE YOU EXPERIENCED: /HA NOTADO:

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 8. YES NO Chest pain (angina)?
¿Dolor de pecho (angina)? 9. YES NO Swollen ankles?
¿Los tobillos hinchados? 10. YES NO Shortness of breath?
¿Falta de aliento? 11. YES NO Recent weight loss, fever, night sweats?
¿Reciente pérdida de peso, fiebre, sudor en la noche? 12. YES NO Persistent cough, coughing up blood?
¿Tos persistente o tos con sangre? 13. YES NO Bleeding problems, bruising easily?
¿Problemas de sangramiento, moretes? 14. YES NO Sinus problems?
¿Problemas nasales (sinusitis)? 15. YES NO Difficulty swallowing?
¿Dificultad al tragar? 16. YES NO Diarrhea, constipation, blood in stools?
¿Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces? 17. YES NO Frequent vomiting, nausea?
¿Vómitos con frecuencia, náuseas? 18. YES NO Difficulty urinating, blood in urine?
¿Dificultad al orinar, sangre en la orina? | <ol style="list-style-type: none"> 19. YES NO Dizziness?
¿Mareos? 20. YES NO Ringing in ears?
¿Ruidos o zumbidos en los oídos? 21. YES NO Headaches?
¿Dolores de cabeza? 22. YES NO Fainting spells?
¿Desmayos? 23. YES NO Blurred vision?
¿Vista borrosa? 24. YES NO Seizures?
¿Convulsiones? 25. YES NO Excessive thirst?
¿Sed excesiva? 26. YES NO Frequent urination?
¿Orina con frecuencia? 27. YES NO Dry mouth?
¿Boca seca? 28. YES NO Jaundice?
¿Ictericia? 29. YES NO Joint pain, stiffness?
¿Dolor o rigidez en las articulaciones? |
|---|--|

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

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 30. YES NO Heart disease?
¿Enfermedades del corazón? 31. YES NO Heart attack, heart defects?
¿Infarto de corazón, defectos en el corazón? 32. YES NO Heart murmurs?
¿Soplos en el corazón? 33. YES NO Rheumatic fever?
¿Fiebre reumática? 34. YES NO Stroke, hardening of arteries?
¿Apoplejía, endurecimiento de las arterias? | <ol style="list-style-type: none"> 35. YES NO High blood pressure?
¿Presión sanguínea alta? 36. YES NO Asthma, TB, emphysema, other lung diseases?
¿Asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades pulmonares? 37. YES NO Hepatitis, other liver disease?
¿Hepatitis, otras enfermedades del hígado? 38. YES NO Stomach problems, ulcers?
¿Problemas del estómago, úlceras? |
|---|---|

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

- | | | | | | | | |
|-----|-----|----|---|-----|-----|----|---|
| 39. | YES | NO | Allergies to: drugs, foods, medications, latex?
¿Alergias a remedios, comidas, medicamentos, latex? | 51. | YES | NO | Diabetes?
¿Diabetes? |
| 40. | YES | NO | Family history of diabetes, heart problems, tumors?
¿Familiares con diabetes, problemas de corazón, tumores? | 52. | YES | NO | Psychiatric care?
¿Tratamiento psiquiátrico? |
| 41. | YES | NO | AIDS?
¿SIDA? | 53. | YES | NO | Radiation treatment?
¿Tratamientos de radiación? |
| 42. | YES | NO | Tumors, cancer?
¿Tumores cáncer? | 54. | YES | NO | Chemotherapy?
¿Quimioterapia? |
| 43. | YES | NO | Arthritis, rheumatism?
¿Artritis, reuma? | 55. | YES | NO | Prosthetic heart valve?
¿Válvula artificial del corazón? |
| 44. | YES | NO | Eye diseases?
¿Enfermedades de los ojos? | 56. | YES | NO | Artificial joint?
¿Articulación artificial? |
| 45. | YES | NO | Skin diseases?
¿Enfermedades de la piel? | 57. | YES | NO | Hospitalization?
¿Hospitalizaciones? |
| 46. | YES | NO | Anemia?
¿Anemia? | 58. | YES | NO | Blood transfusions?
¿Transfusiones de sangre? |
| 47. | YES | NO | VD (syphilis or gonorrhea)?
¿Enfermedades venéreas (sífilis o gonorrea)? | 59. | YES | NO | Surgeries?
¿Cirugías? |
| 48. | YES | NO | Herpes?
¿Herpes? | 60. | YES | NO | Pacemaker?
¿Marcapasos? |
| 49. | YES | NO | Kidney, bladder disease?
¿Enfermedades renales (riñón), vejiga? | 61. | YES | NO | Contact lenses?
¿Lentes de contacto? |
| 50. | YES | NO | Thyroid, adrenal disease?
¿Enfermedades de tiroides o glándulas suprarrenales? | | | | |

V. DENTAL HISTORY:/HISTORIA DENTAL:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|----|--|-----|-----|----|--|
| 62. | YES | NO | Any injuries to the face mouth or teeth?
¿Ha habido algún daño en la cara, boca o dientes? | 65. | YES | NO | Have you been informed of any missing or extra permanent teeth?
¿Ha sido informado de alguna pérdida de dientes o dientes extras? |
| 63. | YES | NO | Are you aware of grinding teeth?
¿Sabe si rechina los dientes? | | | | |
| 64. | YES | NO | Is patient a mouth breather?
¿El paciente respira por la boca?
☐ While awake/Cuando esta despierto

☐ While sleeping/Cuando duerme | 66. | YES | NO | Has an orthodontist been consulted previously?
¿Ha consultado algún ortodontista previamente? |

VI. GIRLS ONLY:/SÓLO PARA NIÑAS:

- | | | | |
|-----|-----|----|--|
| 67. | YES | NO | Has the patient started menstruation?
¿Ha empezado el paciente su menstruación? |
|-----|-----|----|--|

VII. BOYS ONLY:/SÓLO PARA NIÑOS:

- | | | | |
|-----|-----|----|---|
| 68. | YES | NO | Has patient's voice changed?
¿Le ha cambiado la voz al paciente? |
|-----|-----|----|---|

VIII. ALL PATIENTS:/PARA TODOS LOS PACIENTES:

- | | | | |
|-----|-----|----|---|
| 69. | YES | NO | Is patient taking medications, over-the-counter medicines (including Aspirin), natural remedies, drugs?
¿El paciente esta tomando, medicamentos, medicina sin recetas (incluyendo aspirina), remedios naturales, drogas? |
| 70. | YES | NO | Does the patient have or has he or she had any other diseases or medical problems NOT listed on this form?
¿Tiene o ha tenido el paciente 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 orthodontist of any changes in my son's or daughter's health and/or medication. /Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Informaré a mi ortodontista si hay algún cambio en la salud de mi hijo/a y/o en los medicamentos que toma.

Parent's Signature/Firma del Padre _____

Date/Fecha _____

Dental Staff Member's Signature _____

Date _____

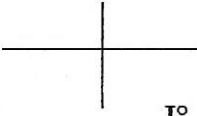
FOR OFFICE USE ONLY

INITIAL EXAM FORM

Patient's Name _____ Age: Y _____ M _____

Angle Class: Molar _____ Angle Class: Cuspid _____

Muscle Balance: Normal

Midline: 
I° II°

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 _____