

NOMBRE DEL PACIENTE _____

INFORMACIÓN DENTAL

¡Bienvenido! Para poder ofrecerle el mejor cuidado posible, por favor complete los dos lados de este formulario con los historiales dentales y médicos.
TODA INFORMACIÓN SE MANTENDRÁ CONFIDENCIAL.

¿Cuál es la razón de su visita hoy? _____

Fecha de: La última visita dental _____ Última limpieza dental _____ Últimos rayos X dentales _____
Nombre de su dentista previo _____ # de Teléfono _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona postal _____

¿Cuán a menudo se cepilla los dientes? _____ ¿Cuán a menudo usa hilo dental? _____
¿Usa otros métodos de higiene oral? Waterpik / Palillo de dientes / Listerine / Enjuagues de fluoruro / Otro _____
Su cepillo es (circule uno): Suave Mediano Duro Usa cepillo MANUAL o ELÉCTRICO?

¿Algunos de sus dientes son sensibles a:

Lo caliente o frío? Sí No
Lo dulce? Sí No
Morder o masticar? Sí No
¿Ha notado mal aliento o mal sabor? Sí No
¿Frecuentemente le salen úlceras, lesiones,
o lastimaduras en la boca? Sí No

¿Le duelen o le sangran las encías? Sí No
¿Sus padres han tenido enfermedad de
las encías o pérdida de dientes? Sí No
¿Ha notado dientes flojos o cambios
en su mordida? Sí No
¿La comida se le atrapa entre los dientes?
Si es así, ¿donde? _____

¿Usted:

Mantiene los dientes apretados cuando
duerme o durante el día? Sí No
Se muerde los labios o los cachetes? Sí No
Muerde o aguanta objetos con los dientes
(lápices, pipa, alfileres, puntillas, uñas)? Sí No
Respira por la boca cuando está
dormido(a) o despierto(a)? Sí No
Se despierta con las quijadas cansadas? Sí No
Fuma o mastica tabaco? Sí No
Tiene inflamaciones en la boca? Sí No
Le arde la lengua o los labios? Sí No

¿Ha tenido:

Tratamiento de ortodoncia (frenillos/ganchos)? Sí No
Cirugía oral? Sí No
Tratamiento periodontal (de las encías)? Sí No
Su mordida ajustada o cambiada? Sí No
Una férula dental o NIGHTGUARD? Sí No
Alguna lesión grave a la boca o cabeza? Sí No
Describa lo que ocurrió _____

¿Actualmente tiene o ha tenido:

Sonidos o movimiento anormal en la quijada? Sí No
Dolor en el oído o el área alrededor de la cara? Sí No
Dificultad al abrir o cerrar la boca? Sí No
Dificultad al masticar en los dos lados de la boca? Sí No
Dolores de cabeza, de cuello o de hombros? Sí No
Sangrado anormal después de extracciones o cirugías? Sí No

¿Está satisfecho(a) con la apariencia de sus dientes? Sí No
¿Quisiera mantener sus dientes toda su vida? Sí No

¿Se siente nervioso(a) con respecto al tratamiento dental? Sí No
Si es así, ¿qué le preocupa? _____

¿Ha tenido alguna experiencia negativa relacionada
con su tratamiento dental? Sí No
Si es así, descríbala _____

INFORMACIÓN ADICIONAL PARA PACIENTES MENORES DE EDAD

¿Existen: Hábitos orales (chuparse el dedo, tetera, botella de leche, trillar los dientes, etc.)? _____
Problemas con el habla? _____

El/la paciente: ¿Se cepilla los dientes diariamente?..... Sí No
¿Recibe asistencia al cepillarse los dientes?..... Sí No
¿Recibe asistencia al usar el hilo dental?..... Sí No
¿Usa suplemento(s) de fluoruro (enjuague, tabletas, etc.)?.... Sí No

<FAVOR LLENAR AMBOS LADOS>