

HISTORIA DENTAL

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Cuál es el motivo de su visita hoy? _____

¿Tienes algún problema dental ahora? Sí: _____ No: _____

En caso afirmativo, describa: _____

Fecha del ultimo examen dental: _____ Última limpieza dental: _____ Últimas radiografías: _____

¿Qué se hizo en su última visita? _____

Dentista anterior: _____

Dirección: _____ Estado: _____ Cremallera: _____

¿Ha realizado visitas periódicas al dentista? Sí _____ No: _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Con qué frecuencia te cepillas? _____ ¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? _____

¿Qué otras ayudas dentales utiliza (Toma de agua, Interplak, Palillo de dientes)? _____

1. Indique cuál de los siguientes ha tenido o tiene actualmente. Marque sí o no para cada elemento.

	Yes	No		Yes	No
¿Alguno de sus dientes es sensible a:			Alguna vez has tenido:		
Caliente o frío			Tratamiento de ortodoncia		
Dulces			Cirugía Oral		
Morder o masticar			Tratamiento periodontal		
Hazlo:			Dientes molidos		
Apretar o rechinar los dientes			Poco ajustado		
Morderse los labios o las mejillas			Has experimentado:		
Sostenga objetos extraños con los dientes			Hacer clic o estallar en la mandíbula		
Olores de boca/malos sabores			Dolor (articulación, oregja, lado de la cara)		
Herpes labial/ampollas/lesiones orales			Dificultad para abrir o cerrar la boca		
Mandíbula cansada por la mañana			Dificultad para masticar a ambos lados de la boca		
Fumar/mascar Tabaco			Dolores de cabeza, Dolores de cuello o Dolores de hombro		
Las encías sangran o duelen			Músculos adoloridos (cuello u hombros)		
Dientes flojos o cambios en la mordida					
¿Tus padres han experimentado enfermedades de las encías?			¿Estás satisfecho con la apariencia de tus dientes?		
¿Te gustaría conservar todos tus dientes toda tu vida?			¿Se te queda la comida entre los dientes?		

2. ¿Ha perdido algún diente o le han extraído dientes? Sí: _____ No: _____

¿Si es así por qué? _____

3. ¿Han sido reemplazados? Sí: _____ No: _____

¿Cómo? Puente fijo: _____ Parcial: _____ Dentadura: _____ Implante: _____

4. ¿Estás content con el reemplazo? Sí: _____ No: _____

Si no, ¿por qué? _____

5. ¿Alguna vez ha tenido una lesion grave en la boca o la cabeza? Sí: _____ No: _____

En caso afirmativo, describa, incluida la causa: _____

6. ¿Se siente nervioso por someterse a un tratamiento dental? Sí: _____ No: _____

En caso afirmativo, ¿cuál es su mayor preocupación? _____

7. ¿Alguna vez ha tenido una experiencia dental perturbadora? Sí: _____ No: _____

En caso afirmativo, describa: _____

8. ¿Hay algo más sobre el tratamiento dental que le gustaría que supiéramos? Sí: _____ No: _____

En caso afirmativo, describa: _____