

HISTORIA DENTALES

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

Cuál es la razón de su visita hoy? _____

Nombre anterior del dentista: _____

Fecha de la última visita: _____ Última dientes limpieza: _____ Última radiografías: _____

Con qué frecuencia te cepillas los dientes? _____ Con qué frecuencia seda? _____

Alguno de sus dientes sensibles a:

Caliente o fría?..... **SÍ** **NO**

Dulces?..... **SÍ** **NO**

Morder o presión?..... **SÍ** **NO**

Ha notado algún olor de boca
o de mal gusto?..... **SÍ** **NO**

Usted suele tener herpes labial,
ampollas, lesiones o cualquier?..... **SÍ** **NO**

Sus encías sangran o herido?..... **SÍ** **NO**

Hace periodontal / enfermedad de las
encías se ejecutan en su familia?..... **SÍ** **NO**

Los alimentos tienden a no quedar
atrapada entre los dientes?..... **SÍ** **NO**

Usted:

Apriete los dientes o muela?..... **SÍ** **NO**

Han cansado las mandíbulas, en
especial en el mañana?..... **SÍ** **NO**

Morder los labios o las mejillas
regularmente?..... **SÍ** **NO**

Respiración boca mientras duerme
o despierto **SÍ** **NO**

Ronquido?..... **SÍ** **NO**

Participar en deportes de contacto? **SÍ** **NO**
Si es así, usas un protector bucal? **SÍ** **NO**

Alguna vez has experimentado:

Al hacer clic o chasquidos de la
mandíbula?..... **SÍ** **NO**

Dolor? (conjuntos, la oreja, lado
de la cara)..... **SÍ** **NO**

Dificultad para abrir o cerrar
la boca?..... **SÍ** **NO**

Frecuentes dolores de cabeza, neckaches,
o dolores en el hombro?..... **SÍ** **NO**

Alguna vez ha tenido:

Tratamiento de ortodoncia?..... **SÍ** **NO**

Cirugía oral?..... **SÍ** **NO**

Carillas de?..... **SÍ** **NO**
Si es así, han sido sustituidos?..... **SÍ** **NO**

Puente fijo?..... **SÍ** **NO**

Parcial removible?..... **SÍ** **NO**

Dentadura completa?..... **SÍ** **NO**

Implantes dentales?..... **SÍ** **NO**

Tratamiento periodontal?..... **SÍ** **NO**

Cirugía de las encías?..... **SÍ** **NO**
Si es así, cuando? _____

Por quién? _____

Dientes suelo o de la picadura
ajustado?..... **SÍ** **NO**

Un grave daño a la boca o
cabeza?..... **SÍ** **NO**

En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Hay algo que le gustaría
a cambio unos dientes?..... **SÍ** **NO**

En caso afirmativo, qué? _____

Se siente ansiedad acerca de tener
tratamiento dental?..... **SÍ** **NO**

Usted ha tenido siempre una inquietante
dental experiencia?..... **SÍ** **NO**

En caso afirmativo, por favor describa: _____

Doy mi consentimiento para el examen médico y de diagnóstico necesarios para su tratamiento incluyendo rayos-x.

Firma del paciente _____ Fecha: _____
(PADRE / TUTOR DE UN MENOR DE EDAD)

Firma del medico _____ Fecha: _____