

HISTORIA DENTAL

Referido/a por _____ ¿Cómo calificaría la condición de su boca? Excelente Buena Regular Mala
 Dentista anterior _____ ¿Por cuánto tiempo ha sido paciente? _____ Meses/Años
 Fecha del examen dental más reciente ____/____/____ Fecha de la radiografía más reciente ____/____/____
 Fecha del tratamiento más reciente (no una limpieza) ____/____/____
 Veo a mi dentista habitualmente cada: 3 meses 4 meses 6 meses 12 meses No voy habitualmente

¿CUÁL ES SU PREOCUPACIÓN INMEDIATA? _____

POR FAVOR, RESPONDA SÍ O NO A ESTAS PREGUNTAS:

SÍ NO

HISTORIA PERSONAL

1. ¿Tiene temor a los tratamientos dentales? En una escala del 1 (muy poco) al 10 (mucho) [] _____
2. ¿Ha tenido experiencias dentales desfavorables? _____
3. ¿Ha tenido alguna vez complicaciones de tratamientos dentales anteriores? _____
4. ¿Alguna vez ha tenido problemas para insensibilizar una zona, o ha tenido alguna reacción a un anestésico local? _____
5. ¿Tuvo alguna vez aparatos correctores, tratamiento de ortodoncia o corrección de la mordedura? _____
6. ¿Le han extraído algún diente? _____

CARACTERÍSTICAS DE LA SONRISA

7. ¿Hay algo que le gustaría cambiar en cuanto al aspecto de sus dientes? _____
8. ¿Ha blanqueado alguna vez sus dientes? _____
9. ¿Ha sentido alguna vez incomodidad o complejos por el aspecto de sus dientes? _____
10. ¿Le ha desagradado el aspecto de tratamientos dentales anteriores? _____

MORDEDURA Y ARTICULACIÓN DE LA MANDÍBULA

11. ¿Tiene problemas con la articulación de su mandíbula? (dolor, sonidos, abertura limitada, trabado, crujidos) _____
12. ¿Tiene o tendría problemas para masticar chicle? _____
13. ¿Tiene o tendría algún problema para masticar bagels, baguettes, barras de proteína u otros alimentos duros? _____
14. ¿Han cambiado sus dientes en los últimos 5 años, se han acortado, adelgazado o desgastado? _____
15. ¿Se están amontonando o espaciando sus dientes? _____
16. ¿Tiene que morder y apretar más de una vez para hacer que sus dientes coincidan? _____
17. ¿Mastica usted hielo, se muerde las uñas, usa sus dientes para asir cosas o tiene otros hábitos orales? _____
18. ¿Aprieta sus dientes durante el día o los hace doler? _____
19. ¿Tiene algún problema del sueño o se despierta notando algo en sus dientes? _____
20. ¿Usa o ha usado un aparato para la mordida? _____

ESTRUCTURA DE LOS DIENTES

21. ¿Ha tenido alguna caries en los últimos 3 años? _____
22. ¿Parece la cantidad de saliva en su boca demasiado escasa, o tiene dificultad para tragar algunos alimentos? _____
23. ¿Siente o nota agujeros (picados, cráteres) en la superficie de mordida de sus dientes? _____
24. ¿Tiene sensibilidad al calor, al frío, a morder o a los dulces en algún diente, o evita cepillar alguna parte de su boca? _____
25. ¿Tiene ranuras o muescas en sus dientes cerca de la línea de las encías? _____
26. ¿Ha tenido alguna vez dolor de dientes, rellenos rotos, dientes rotos, mellados o quebrados? _____
27. ¿Le quedan trozos de comida atrapados entre los dientes? _____

ENCÍAS Y HUESOS

28. ¿Sangran sus encías al cepillarse o usar el hilo dental? _____
29. ¿Le han tratado alguna vez por enfermedad de sus encías, o le han dicho que tiene pérdida de hueso alrededor de sus dientes? _____
30. ¿Ha notado alguna vez un sabor o un olor desagradable en su boca? _____
31. ¿Hay alguien con antecedentes de enfermedad de las encías en su familia? _____
32. ¿Ha sufrido retracción de las encías? _____
33. ¿Alguno de sus dientes se ha aflojado alguna vez por sí solo, sin una lesión, o tiene dificultad para comer una manzana? _____
34. ¿Ha tenido alguna vez sensación de ardor en su boca? _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Médico _____ Fecha _____