

--	--	--	--	--	--	--	--

Número De Paciente

bienvenido

Nombre y Apellido del Paciente _____

Apellido

Nombre

Inicial

Fecha de Nacimiento

- Propósito de la visita _____
- ¿Está usted consciente de algún problema? _____
- ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde su última visita al dentista? _____
- ¿Qué tratamiento se realizó en ese momento? _____
- Nombre del dentista anterior _____
Dirección: _____ Tel. _____
- ¿Cuándo le limpiaron los dientes en el consultorio por última vez? _____

COMENTARIOS

CIRCULE LAS RESPUESTAS APROPIADAS. SI ES QUE NO SABE LA RESPUESTA CORRECTA, POR FAVOR ESCRIBE "NO LO SE", EN LA LINEA DESPUES DE LA PREGUNTA.

- ¿Ha efectuado usted visitas con regularidad? SI NO
¿Con qué frecuencia? _____
- ¿Se tomaron radiografías dentales? SI NO
- ¿Ha perdido usted ó se le ha extraído algún diente? SI NO
¿Por qué? _____
- ¿Han sido reemplazados? SI NO
- ¿Cómo han sido reemplazados?
a. Puente fijo _____ Antigüedad _____
b. Puente retirable _____ Antigüedad _____
c. Dentadura postiza _____ Antigüedad _____
d. Implante _____ Antigüedad _____
- ¿Está usted insatisfecho con el reemplazo? SI NO
- ¿Desea usted información sobre reemplazos permanentes? SI NO
- ¿Ha tenido usted alguna vez problemas ó complicaciones con tratamientos dentales anteriores? SI NO
Si no es así, explique _____
- ¿Suele usted rechinar ó apretar los dientes? SI NO
- ¿Siente usted que su mandíbula hace ruido? SI NO
- ¿Ha sentido dolor ó irritación en los músculos, en la cara ó cerca del oído? SI NO
- ¿Sufre usted frecuentemente de dolor de cabeza, cuello u hombros? SI NO
- ¿Quedan partículas de comida retenidas entre sus dientes? SI NO
- ¿Son sus dientes sensibles:
 al calor al frío
 a los dulces a la presión?
- ¿Le duelen ó sangran las encías? SI NO
¿Cuándo? _____
- ¿Con que frecuencia se cepilla los dientes? _____
- ¿Utiliza usted el hilo dental? SI NO
¿Con que frecuencia? _____
- ¿Tiene usted dientes flojos, torcidos ó desplazados? SI NO
- ¿Está usted insatisfecho con el aspecto de sus dientes? SI NO
- ¿Cómo se siente acerca de sus dientes en general? SI NO
- ¿Siente usted que a veces tiene mal aliento? SI NO
- ¿Ha tenido usted un tratamiento u operación de encías? SI NO
¿Qué tipo? _____
¿Dónde? _____
¿Cuándo? _____
- ¿Ha tenido usted tratamiento ortodóncico? SI NO
- ¿Ha tenido usted experiencias odontología desagradables ó hay algo que le desagrada de la odontología? _____
- ¿Tiene usted preguntas o preocupaciones? SI NO

Certifico Que La Información Anterior Es Completa Y Exacta.

FIRMA DEL PACIENTE _____

FECHA _____

FIRMA DEL DENTISTA _____

FECHA _____

ANESTESIA

ALERTA MEDICA

ANTECEDENTES DENTALES