

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

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 o 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 o complicaciones con tratamientos dentales anteriores? ..... SI NO  
Si no es así, explique \_\_\_\_\_
- ¿Suele usted rechinar o 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