

NOMBRE Y APELLIDO
DEL PACIENTE _____

Apellido

Nombre

Inicial

Fecha de nacimiento

1. Propósito de la visita _____
2. ¿Está usted consciente de algún problema? _____
3. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde su última visita al dentista? _____
4. ¿Qué tratamiento se realizó en ese momento? _____
5. Nombre del dentista anterior _____
Dirección _____ Tel. (____) _____
6. ¿Cuándo le limpiaron los dientes en el consultorio por última vez? _____

COMENTARIOS

CIRCUNDE LA RESPUESTA APROPIADA

7. ¿Ha efectuado usted visitas regularmente? SI NO
¿Con qué frecuencia? _____
8. ¿Se tomaron radiografías dentales? SI NO
9. ¿Ha perdido usted o se le ha extraído algún diente? SI NO
¿Por qué? _____
10. ¿Han sido reemplazados? SI NO
11. ¿Cómo han sido reemplazados?
a. Puente fijo _____ Antigüedad _____
b. Puente retirable _____ Antigüedad _____
c. Dentadura postiza _____ Antigüedad _____
12. ¿Está usted satisfecho con el reemplazo? SI NO
Si no es así, explique _____
13. ¿Desea usted información sobre reemplazos permanentes? SI NO
14. ¿Ha tenido usted alguna vez problemas o complicaciones con
tratamientos dentales anteriores? SI NO
Si es así, explique _____
15. ¿Suele usted morder en falso o apretar los dientes? SI NO
16. ¿Siente usted que su mandíbula hace ruido? SI NO
17. ¿Ha experimentado dolor o irritación en los músculos, en la cara o cerca del oído? SI NO
18. ¿Sufre usted frecuentemente de dolor de cabeza, cuello u hombros? SI NO
19. ¿Quedan partículas de comida retenidas entre sus dientes? SI NO
20. ¿Son sus dientes sensibles al calor _____ al frío _____ a los dulces _____ a la presión?
21. ¿Le duelen o sangran las encías? SI NO
¿Cuándo? _____
22. ¿Com que frecuencia se cepilla los dientes? _____ ¿Cuándo? _____
23. ¿Utiliza usted hilo dental? SI NO
¿Com que frecuencia? _____
24. ¿Tiene usted dientes flojos, torcidos o desplazados? SI NO
25. ¿Está usted satisfecho con el aspecto de sus dientes? ¿Tiene usted dientes
descoloridos que le molesten? SI NO
26. ¿Cómo se siente acerca de sus dientes en general? _____
27. ¿Siente usted que a veces tiene mal aliento? SI NO
28. ¿Ha tenido usted un tratamiento u operación de encías? SI NO
¿Qué tipo? _____
¿Dónde? _____
¿Cuándo? _____
29. ¿Ha tenido usted tratamiento ortodóncico? SI NO
30. ¿Ha tenido usted experiencias odontológicas desagradables o hay algo que le
desagrade de la odontología? _____
31. ¿Tiene usted preguntas o preocupaciones? SI NO

CERTIFICO QUE LA INFORMACION ANTERIOR ES COMPLETA Y EXACTA.

FIRMA DEL PACIENTE _____

FECHA _____

FIRMA DEL DENTISTA _____

FECHA _____

ANESTESIA

ALERTA MEDICA

ANTECEDENTES DENTALES