

## HISTORIA DENTAL

Nombre Completo del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

¿Cual es el motive de la consulta? \_\_\_\_\_

¿Tiene algún dolor en su boca? \_\_\_\_\_

¿Recibe atención dental de rutina? \_\_ Sí \_\_ No

¿Fecha de la última visita dental? \_\_\_\_\_ Razón \_\_\_\_\_ Últimas radiografías dentales \_\_\_\_\_

¿Son sus dientes sensibles a la presión caliente, fría, dulce? \_\_\_\_\_

¿Tiene hinchazón (es) en la boca? \_\_\_\_\_

¿Siente que sus dientes se mueven? \_\_\_\_\_

¿Has sentido algún cambio en tu mordida? \_\_\_\_\_

¿Está satisfecho con la apariencia de sus dientes? qué le gustaría cambiar? \_\_\_\_\_

### TRATAMIENTO DENTAL RECIBIDO:

Ortodoncia (frenillos) \_\_\_\_\_

Cirugía bucal (extracciones, etc) \_\_\_\_\_

Periodoncia (tratamiento de las encías) \_\_\_\_\_

Endodoncia (tratamiento de conducto) \_\_\_\_\_

Restauraciones (empastes) \_\_\_\_\_

Coronas y puentes \_\_\_\_\_

Dentaduras parciales \_\_\_\_\_

Dentaduras completas \_\_\_\_\_

Implantes dentales \_\_\_\_\_

Dentaduras postizas y / o dentaduras postizas parciales:

¿Cuánto tiempo ha usado? \_\_\_\_\_ ¿Edad de la dentadura actual? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas dentaduras postizas ha tenido? \_\_\_\_\_ ¿Algún problema actual? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Razón del reemplazo \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido problemas con algun tratamiento dental? Por favor explique \_\_\_\_\_

¿Bebió agua potable con fluor en su niñez? \_\_\_\_\_ ¿Dónde creciste? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la fuente de su agua potable? \_\_\_\_\_

### HIGIENE ORAL

Tipo de cepillo de dientes que usa: \_\_ Duro \_\_ Med \_\_ Suave \_\_ Extra suave \_\_ Eléctrico.

Cepillado # \_\_\_\_\_ veces / día

Uso de hilo dental # veces / día: \_\_\_\_\_

Tipo de pasta de dientes: \_\_ Fluoruro \_\_ Blanqueamiento \_\_ Control de tartar \_\_ Otro \_\_\_\_\_

Otro fluoruro

\_\_\_\_\_ Enjuague (OTC)

\_\_\_\_\_ Receta \_\_ gel \_\_ Pasta de dientes \_\_ tabletas

\_\_\_\_\_ Otro

Enjuague bucal # veces / día \_\_\_\_\_ Marca \_\_\_\_\_  
Otro cuidado personal oral \_\_\_\_\_

**Función salival**

- ¿Su saliva se siente espesa o pegajosa?
- ¿Tiene la boca seca?
- ¿Tiene dificultad para masticar la comida?
- ¿Tiene dificultad para hablar?
- ¿Tiene exceso de saliva?

¿Existe alguna otra inquietud dental que no se haya discutido? Por favor explique. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PACIENTE:** Entiendo la necesidad de que estas preguntas sean respondidas con sinceridad. Hasta donde yo sé, las respuestas que he dado son precisas. También entiendo que es muy importante informar cualquier cambio o estado dental al dentista lo antes posible, y acepto hacerlo. Doy permiso al dentista para que obtenga de mi médico cualquier información adicional sobre mi historial médico necesaria para brindarme el mejor tratamiento dental posible.

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Fecha de firma: \_\_\_\_\_

Si no es el paciente, indique el parentesco: padre o tutor legal \_\_\_\_\_