

ANTECEDENTES DENTALES

Nombre _____ Apodo _____ Edad _____
Remitido por _____ ¿Cómo calificaría el estado de su boca? Excelente Bueno Normal Malo
Dentista anterior _____ ¿Durante cuánto tiempo ha sido su paciente? _____ Meses/Años
Fecha del examen dental más reciente ____/____/____ Fecha de las radiografías más recientes ____/____/____
Fecha del tratamiento más reciente (aparte de la limpieza) ____/____/____
Voy a mi dentista habitualmente cada: 3 meses 4 meses 6 meses 12 meses No voy de forma habitual

¿CUÁL ES SU PREOCUPACIÓN INMEDIATA? _____

A CONTINUACIÓN CONTESTE SÍ O NO:

SÍ NO

ANTECEDENTES PERSONALES

1. ¿Le da miedo el tratamiento dental? ¿Cuánto miedo?, en una escala de 1 (el menos) a 10 (el más) [] _____
2. ¿Ha tenido alguna experiencia dental negativa? _____
3. ¿Ha tenido alguna vez complicaciones con algún tratamiento dental anterior? _____
4. ¿Ha tenido alguna vez problemas con el funcionamiento de la anestesia o ha tenido alguna reacción a la anestesia local? _____
5. ¿Le han puesto alguna vez frenillos, ha recibido tratamiento ortodóntico o le han ajustado la mordida? _____
6. ¿Le han quitado alguna pieza dental? _____

ENCÍAS Y HUESO

7. ¿Le sangran las encías o le duelen cuando se cepilla los dientes o se pasa el hilo dental? _____
8. ¿Le han tratado alguna vez por piorrea o le han dicho que ha disminuido el hueso alrededor de los dientes? _____
9. ¿Ha notado alguna vez un sabor u olor desagradable en la boca? _____
10. ¿Hay alguien en su familia con antecedentes de enfermedad periodontal? _____
11. ¿Ha sufrido alguna vez retracción de las encías? _____
12. ¿Se le ha aflojado alguna vez una pieza dental por sí misma (sin una lesión) o tiene dificultades para comer una manzana? _____
13. ¿Ha tenido una sensación de ardor en la boca? _____

ESTRUCTURA DEL DIENTE

14. ¿Ha tenido alguna caries en los últimos 3 años? _____
15. ¿Le parece demasiado poca la cantidad de saliva en la boca o tiene dificultad para tragar cualquier tipo de comida? _____
16. ¿Siente o nota algún agujero (es decir, picaduras, cráteres) en la superficie de masticación de los dientes? _____
17. ¿Algunos de los dientes son sensibles al calor, al frío, al morder, a los dulces o evita cepillarse alguna parte de la boca? _____
18. ¿Tiene ranuras o muescas en los dientes cerca del borde de las encías? _____
19. ¿Alguna vez se ha roto algún diente, ha tenido dientes astillados o ha tenido dolor de muelas o empastes agrietados? _____
20. ¿Se le queda comida atrapada entre los dientes con frecuencia? _____

MORDIDA Y ARTICULACIÓN DE LA MANDÍBULA

21. ¿Tiene problemas con la articulación de la mandíbula? (dolor, sonidos, apertura limitada, bloqueo, chasquido) _____
22. ¿Siente como si la mandíbula inferior se moviera hacia atrás cuando muerde con los dientes juntos? _____
23. ¿Evita o tiene dificultades para masticar chicle, zanahorias, frutos secos, panecillos, baguettes, barras de proteína u otros alimentos duros y secos? _____
24. ¿Han cambiado sus dientes en los últimos 5 años, se han acortado, afilado o desgastado? _____
25. ¿Los dientes cada vez se le tuercen más, se apiñan o se superponen? _____
26. ¿Se le están separando los dientes o se están aflojando? _____
27. ¿Tiene que dar más de un bocado, tiene que apretar o desplazar la mandíbula para que los dientes encajen entre sí? _____
28. ¿Pone su lengua entre los dientes o cierra los dientes contra la lengua? _____
29. ¿Mastica hielo, se muerde las uñas, utiliza los dientes para sujetar objetos o tiene algún otro hábito bucal? _____
30. ¿Aprieta los dientes durante el día o hace que le duelan? _____
31. ¿Tiene algún problema para dormir (es decir, desasosiego), se despierta con dolor de cabeza o es consciente de sus dientes? _____
32. ¿Usa o ha usado alguna vez un aparato para mordida? _____

CARACTERÍSTICAS DE LA SONRISA

33. ¿Hay algo sobre el aspecto de sus dientes que le gustaría cambiar? _____
34. ¿Se ha blanqueado los dientes alguna vez? _____
35. ¿Se ha sentido incómodo o acomplejado por el aspecto de sus dientes? _____
36. ¿Le ha decepcionado el aspecto de un trabajo dental anterior? _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____