

CUESTIONARIO DE SALUD DENTAL

Fecha de Hoy: _____ Nombre Impreso: * _____

¿Cuál es la razón de la visita de hoy? _____

Fecha de la última visita: 0-6 meses 6 meses - 1 año 1-2 años 2-3 años 3-4 años 4-5 años > 5 años

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? > 3x/día 3x/día 2x/día 1x/día A veces Nunca

¿Con qué frecuencia usa el hilo dental sus dientes? > 2x/día 2x/día 1x/día A veces Nunca

¿Qué tipo de cepillo de dientes se utilizan? Manual Sonicare Oral-B Otros aparatos eléctricos

¿Alguno de sus dientes sensibles a:

Caliente o frío? Y N
 Dulces? Y N
 Morder o presión? Y N

¿Sus encías sangran o le duelen? Y N

¿Has notado algún olor de boca o mal gusto? Y N

¿Sus padres experimentado enfermedad de las encías o pérdida de dientes? Y N

¿Ha notado algún diente flojo o cambio en la mordida? Y N

¿La comida tienden a quedar atrapados entre los dientes? Y N

¿Diga si:

Aprietan o rechinan los dientes mientras está despierto o dormido? Y N

Tienen mandíbulas cansadas, especialmente en la mañana? Y N

Mordedura de los labios, las mejillas, o la lengua con regularidad? Y N

Mantenga objetos extraños con los dientes? (lápices, uñas, etc) Y N

Respira por la boca mientras está dormido o despierto? Y N

Ronca? Y N

Consegue frecuente herpes labial, ampollas o cualquier lesión? Y N

¿Alguna vez has experimentado:

Al hacer clic o chasquido de la mandíbula? Y N

Dificultad de abrir o cerrar la boca? Y N

Frecuentes dolores de cabeza, dolores de cuello o dolores de hombro? Y N

¿Ha tenido alguna vez:

El tratamiento de ortodoncia? Y N

Cirugía Oral? Y N

Extracción de dientes? Y N

El tratamiento periodontal? Y N

Su mordedura ajusta? Y N

Una lesión grave en la boca o la cabeza? Y N

¿Te gusta la apariencia de tus dientes; tu sonrisa? Y N

¿Te gusta el color de tus dientes? Y N

¿Son tus dientes tan recto como te gustaría? Y N

¿Se siente la ansiedad acerca de tener un tratamiento dental? Y N

Doy mi consentimiento para el examen del médico y diagnósticos necesarios para el tratamiento, incluyendo radiografías.

Firma del Paciente / Padre / Tutor: _____

Firma del Médico / Personal: _____

Bienvenidos y gracias por dejarnos preocuparnos por tu sonrisa!



Cuando la calidad y la materia de confort, la ELECCIÓN es simple.