

# HISTORIA DENTAL

Referido/a por \_\_\_\_\_ ¿Cómo calificaría la condición de su boca?  Excelente  Buena  Regular  Mala  
 Dentista anterior \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo ha sido paciente? \_\_\_\_\_ Meses/Años  
 Fecha del examen dental más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de la radiografía más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Fecha del tratamiento más reciente (no una limpieza) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Veo a mi dentista habitualmente cada:  3 meses  4 meses  6 meses  12 meses  No voy habitualmente

¿CUÁL ES SU PREOCUPACIÓN INMEDIATA? \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, RESPONDA SÍ O NO A ESTAS PREGUNTAS:**

**SÍ NO**

## HISTORIA PERSONAL



1. ¿Tiene temor a los tratamientos dentales? En una escala del 1 (muy poco) al 10 (mucho) [ ] \_\_\_\_\_
2. ¿Ha tenido experiencias dentales desfavorables? \_\_\_\_\_
3. ¿Ha tenido alguna vez complicaciones de tratamientos dentales anteriores? \_\_\_\_\_
4. ¿Alguna vez ha tenido problemas para insensibilizar una zona, o ha tenido alguna reacción a un anestésico local? \_\_\_\_\_
5. ¿Tuvo alguna vez aparatos correctores, tratamiento de ortodoncia o corrección de la mordedura? \_\_\_\_\_
6. ¿Le han extraído algún diente? \_\_\_\_\_

## CARACTERÍSTICAS DE LA SONRISA



7. ¿Hay algo que le gustaría cambiar en cuanto al aspecto de sus dientes? \_\_\_\_\_
8. ¿Ha blanqueado alguna vez sus dientes? \_\_\_\_\_
9. ¿Ha sentido alguna vez incomodidad o complejos por el aspecto de sus dientes? \_\_\_\_\_
10. ¿Le ha desagradado el aspecto de tratamientos dentales anteriores? \_\_\_\_\_

## MORDEDURA Y ARTICULACIÓN DE LA MANDÍBULA



11. ¿Tiene problemas con la articulación de su mandíbula? (dolor, sonidos, abertura limitada, trabado, crujidos) \_\_\_\_\_
12. ¿Tiene o tendría problemas para masticar chicle? \_\_\_\_\_
13. ¿Tiene o tendría algún problema para masticar bagels, baguettes, barras de proteína u otros alimentos duros? \_\_\_\_\_
14. ¿Han cambiado sus dientes en los últimos 5 años, se han acortado, adelgazado o desgastado? \_\_\_\_\_
15. ¿Se están amontonando o espaciando sus dientes? \_\_\_\_\_
16. ¿Tiene que morder y apretar más de una vez para hacer que sus dientes coincidan? \_\_\_\_\_
17. ¿Mastica usted hielo, se muerde las uñas, usa sus dientes para asir cosas o tiene otros hábitos orales? \_\_\_\_\_
18. ¿Aprieta sus dientes durante el día o los hace doler? \_\_\_\_\_
19. ¿Tiene algún problema del sueño o se despierta notando algo en sus dientes? \_\_\_\_\_
20. ¿Usa o ha usado un aparato para la mordida? \_\_\_\_\_

## ESTRUCTURA DE LOS DIENTES



21. ¿Ha tenido alguna caries en los últimos 3 años? \_\_\_\_\_
22. ¿Parece la cantidad de saliva en su boca demasiado escasa, o tiene dificultad para tragar algunos alimentos? \_\_\_\_\_
23. ¿Siente o nota agujeros (picados, cráteres) en la superficie de mordida de sus dientes? \_\_\_\_\_
24. ¿Tiene sensibilidad al calor, al frío, a morder o a los dulces en algún diente, o evita cepillar alguna parte de su boca? \_\_\_\_\_
25. ¿Tiene ranuras o muescas en sus dientes cerca de la línea de las encías? \_\_\_\_\_
26. ¿Ha tenido alguna vez dolor de dientes, rellenos rotos, dientes rotos, mellados o quebrados? \_\_\_\_\_
27. ¿Le quedan trozos de comida atrapados entre los dientes? \_\_\_\_\_

## ENCÍAS Y HUESOS



28. ¿Sangran sus encías al cepillarse o usar el hilo dental? \_\_\_\_\_
29. ¿Le han tratado alguna vez por enfermedad de sus encías, o le han dicho que tiene pérdida de hueso alrededor de sus dientes? \_\_\_\_\_
30. ¿Ha notado alguna vez un sabor o un olor desagradable en su boca? \_\_\_\_\_
31. ¿Hay alguien con antecedentes de enfermedad de las encías en su familia? \_\_\_\_\_
32. ¿Ha sufrido retracción de las encías? \_\_\_\_\_
33. ¿Alguno de sus dientes se ha aflojado alguna vez por sí solo, sin una lesión, o tiene dificultad para comer una manzana? \_\_\_\_\_
34. ¿Ha tenido alguna vez sensación de ardor en su boca? \_\_\_\_\_

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_