

Stummer Grupo de Medicina Dental y Del Sueno
Historial Dental

Nombre _____

Cuando fue la última vez que te vio un dentista? _____

Cuántas veces al día te cepillas los dientes? _____

Cuántas veces a la semana usa hilo dental? _____

Que tipo de cepilo de dientes usas? Manual (Cerdas Suaves o duras) Electrico Ambos

Si usa denturas o dentura parcial cuando se colocaron _____

Sus dientes son sensibles a cualquiera de los siguientes:

Frio Caliente Masticando /morder Dulces

Por favor marque todo lo que respondería "Si."

___ Requiere medicación antes de visitare al dentista.

___ Tiene algún problema dental ahora o siente dolor en alguno de sus dientes. En casa afirmativo describa. _____

___ Está utilizando otros dispositivos dentales retenedor dental, protector de mordida, afirmativo describa. _____

Marque los que correspondan:

___ Tiene llagas o bultos en la boca o cerca.

___ Le sangran las encías mientras se cepill o usa hil dental.

___ La comida tiende a engancharse entre los dientes

___ Aprietas o rechinas los dientes

___ Te muerdes los labios o revisas con frecuencia.

___ Sujeta objetos extraños con los dientes como lapices, pipas para fumar o las uñas.

___ Alguna vez ha tenido mandíbulas cansadas especialmente en las mañana.

___ Alguna vez ha tenido tratamiento de ortodoncia como retenedores de frenillos

Alguna vez has tenido alguno de los siguientes:

___ Cirugía Oral

___ Tratamiento periodontal

___ Su mordida adustada

Alguna vez has experimentado alguno de los siguientes:

___ Chasquido o estallido de la mandíbula

___ Dolor en las articulaciones, orejas, lado de la cara

___ Una extracción difícil

___ Songrado prolongado después de una extracción

Si pudieras cambiar algo de tu sonrisa, cual sería?

Hay algo más sobre el tratamiento dental que le gustaría que supiéramos?

Hasta donde sé he respondido las preguntas sobre el historial dental con precisión? ___

Es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado médico y dental.

Firma _____ Fecha _____

Paciente, Padres, Tutor o Custodio