

ANTECEDENTES DENTALES DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

RAZÓN DE ESTA VISITA _____

¿CUÁNDO FUE SU ÚLTIMA VISITA DENTAL? _____ ¿QUÉ LE HICIERON ENTONCES? _____

¿CON QUÉ FRECUENCIA VISITÓ AL DENTISTA ANTES DE ESO? _____

DENTISTA ANTERIOR (NOMBRE Y UBICACIÓN) _____

¿LE HAN HECHO UNA SERIE COMPLETA DE RADIOGRAFÍAS DENTALES (RAYOS X)? INDIQUE CUÁNDO Y DÓNDE _____

¿CON QUÉ FRECUENCIA SE CEPILLA LOS DIENTES? _____

¿CON QUÉ FRECUENCIA USA SEDA DENTAL EN LOS DIENTES? _____

¿EL AGUA POTABLE QUE USA ES FLUORADA? _____

	SÍ	NO		SÍ	NO
¿SANGRAN SUS ENCÍAS MIENTRAS SE CEPILLA O USA LA SEDA DENTAL?			¿SE MUERDE LOS LABIOS O MEJILLAS CON FRECUENCIA?		
¿SUS DIENTES SON SENSIBLES A LOS LÍQUIDOS O ALIMENTOS FRÍOS O CALIENTES?			¿HA NOTADO ALGÚN DIENTE SUELTO?		
¿SUS DIENTES SON SENSIBLES A LOS LÍQUIDOS O ALIMENTOS DULCES O AMARGOS?			¿QUEDA ATRAPADA LA COMIDA ENTRE SUS DIENTES?		
¿SIENTE DOLOR EN ALGUNO DE SUS DIENTES?			¿HA ESTADO EN TRATAMIENTO PERIODONTAL (ENCÍAS)?		
¿TIENE ALGUNA LLAGA O BULTO EN LA BOCA O ALREDEDOR DE ELLA?			¿ALGUNA VEZ USÓ UNA PLACA DE MORDIDA U OTRO APARATO?		
¿HA TENIDO LESIONES EN LA CABEZA, CUELLO O MANDÍBULA?			¿HA TENIDO EXTRACCIONES DIFÍCILES EN EL PASADO?		
¿HA EXPERIMENTADO CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS EN LA MANDÍBULA?			¿HA TENIDO ALGUNA VEZ UNA HEMORRAGIA PROLONGADA DESPUÉS DE UNA EXTRACCIÓN? ...		
CHASQUIDOS			¿USA PRÓTESIS TOTALES O PARCIALES?		
DOLOR (ARTICULACIÓN, OÍDO, COSTADO DE LA CARA)			SI LA RESPUESTA ES SÍ, FECHA DE POSTURA _____		
DIFICULTAD PARA ABRIRLA O CERRARLA.			¿HA RECIBIDO ALGUNA VEZ INSTRUCCIONES DE HIGIENE BUCAL CONCERNIENTE AL CUIDADO DE SUS DIENTES Y ENCÍAS?		
DIFICULTAD PARA MASTICAR.					
¿TIENE DOLOR DE CABEZA FRECUENTES?					
¿APRIETA O RECHINA LOS DIENTES?					

SI PUDIERA CAMBIAR ALGO DE SU SONRISA, ¿QUÉ SERÍA? _____

AUTORIZACIÓN Y ENTREGA DE INFORMACIÓN

CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y QUE COMPRENDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR, A MI ENTENDER, LAS PREGUNTAS ANTERIORES SE HAN CONTESTADO EN FORMA PRECISA. COMPRENDO QUE PROPORCIONAR INFORMACIÓN INCORRECTA PUEDE SER PELIGROSO PARA MI SALUD. YO AUTORIZO AL DENTISTA A ENTREGAR CUALQUIER INFORMACIÓN INCLUIDO EL DIAGNÓSTICO Y REGISTROS DE TRATAMIENTO O EXÁMENES BRINDADOS A MÍ O A MI HIJO DURANTE EL PERÍODO DE ATENCIÓN DENTAL A TERCEROS PAGADORES Y/O A OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD. AUTORIZO Y

SOLICITO A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS A PAGAR DIRECTAMENTE AL DENTISTA O GRUPO DE DENTISTAS LOS BENEFICIOS DEL SEGURO O DE LO CONTRARIO PAGADEROS A MI PERSONA. COMPRENDO QUE MI ASEGURADORA PUEDE PAGAR MENOS QUE LA CUENTA ACTUAL POR ESTOS SERVICIOS. ACEPTO HACERME RESPONSABLE DE LOS PAGOS DE TODOS LOS SERVICIOS PRESTADOS EN MI NOMBRE O MIS CARGAS.

X _____ FECHA _____

SI ES MENOR DE EDAD, FIRMA DEL PADRE O TUTOR DEL PACIENTE

COMENTARIOS DEL MÉDICO _____

_____ FIRMA _____ FECHA _____

NÚMERO DEL PACIENTE _____