



Historial Medico para Adulto

Nombre de el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Motivo de la visita de hoy: _____

Fecha de la última visita al dentista? _____ última limpieza? _____ Rayos X? _____

Nombre del dentista anterior? _____

Dirección: _____

Nombre de la calle

Ciudad

Estado

Codigo Postal

¿Con qué frecuencia se hace exámenes dentales? _____

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____ Uso de hilo dental? _____

¿Qué otras ayudas dentales utiliza? (Ej: Interplak, palillo de dientes, etc) _____

¿Tiene algún problema dental? _____ Si No

En caso afirmativo, por favor describa _____

Sus dientes son sensibles a:

¿Lo Caliente o frío? _____ Si No

¿Los Dulces? _____ Si No

¿Al Morder o masticar? _____ Si No

¿Ha notado algún olor o sabor amargo en la boca ? _____ Si No

¿Con frecuencia se presentan úlceras bucales, ampollas u otras lesiones orales? _____ Si No

¿Sus encías sangran o le duelen? **Si No**

¿Sus padres han tenido enfermedades de las encías o pérdida de dientes? _____ Si No

¿Ha notado algún diente flojo o cambio en su mordida? _____ Si No

¿Cuando come alimentos se atascan entre los dientes ? _____ Si No

En caso afirmativo, ¿donde? _____

Alguna vez ha tenido:

¿Tratamiento de ortodoncia? _____ Si No

¿Cirugía oral? _____ Si No

¿Tratamiento periodontal? _____ Si No

¿Ajustado los dientes? _____ Si No

¿Una lesión grave a la boca o la cabeza? _____ Si No

Si es así, por favor describa (Incluyendo causa) _____

¿Ha tenido usted?

¿Chasquido de la mandíbula? _____ Si No

¿Dolor? (articulaciones, del oído, y / o en el costado de la cara) _____ Si No

¿Dificultad con masticar en cada lado de la boca? _____ Si No

¿Dolores de cabeza, cuello o hombros? _____ Si No

¿Dolor en los músculos (cuello, hombros)? _____ Si No

Usted:

¿Aprieta o rechina los dientes mientras está despierto o dormido? _____ Si No

¿Se muerde los labios o las mejillas con regularidad? _____ Si No

¿Mantiene objetos extraños con los dientes? (Lápices, alfileres, clavos, etc) _____ Si No

¿Respira por la boca mientras está despierto o dormido? _____ Si No

¿Tiene mandíbulas cansadas, especialmente en la mañana? _____ Si No

¿Fuma/ Mastica tabaco? _____ Si No

¿Está satisfecha/o con la apariencia de sus dientes? **Si No**

¿Gustaría mantener sus dientes durante el resto de tu vida? _____ Si No

¿Se siente nerviosa/o acerca de tener un tratamiento dental? _____ Si No

Si es así, ¿cuál es tu mayor preocupación? _____

¿Alguna vez ha tenido una experiencia dental desagradable ? _____ Si No

En caso afirmativo, por favor describa _____

¿Gustaría decirnos algo acerca de tener un tratamiento dental? _____

For office use only:

Dentist Signature: _____

Date: _____