

Historia Dental

¡BIENVENIDOS! Para que podamos ofrecerle la mejor atención por favor complete este formulario de historia dental.

Toda la información es completamente confidencial.

Cuál es el motivo de su cita de hoy? _____

Fecha de su última visita al dentista: _____ última limpieza dental: _____

Ultima vez que le tomaron radiografias dental: _____

Que fue lo que le hicieron en su última cita al dentista: _____

Caliente o frío? Sí _____ No _____

Dulce? Sí _____ No _____

Morder o masticar? Sí _____ No _____

boca olores o de mal gusto? Sí _____ No _____

HA TENIDO:

Tratamiento de ortodoncia? Sí _____ No _____

Cirugía oral? Sí _____ No _____

Tratamiento periodontal? Sí _____ No _____

Le sangran las encías? Sí _____ No _____

Ha notado algún diente flojo
o cambio en la mordida Sí _____ No _____

Ha notado chasquido de la mandíbula? Sí _____ No _____

Dificultad para abrir o cerrar la boca? Sí _____ No _____

Dolores de cabeza, el cuello o dolor de hombro? Sí _____ No _____

Fuma o mastica tabaco? Sí _____ No _____.

Está satisfecho con la apariencia de sus dientes? Sí _____ No _____

Te gustaría tener todos sus dientes toda la vida Sí _____ No _____

Alguna vez has tenido una experiencia desagradable dental? En caso afirmativo, por favor describa?
