

HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

Motivo de esta visita _____

Cuando fue su última visita al dentista _____ Qué se le hizo en esa visita _____

Que tan seguido visitaba al dentista antes de esa visita _____

Dentista anterior (Nombre y dirección) _____

Le han hecho una serie completa de Rayos X de sus dientes. Cuando y donde _____

Que tan seguido se cepilla los dientes _____ que tan seguido se limpia los dientes con el hilo _____

El agua que Ud. toma contiene fluoruro _____

	SÍ	NO		SÍ	NO
Sus encías sangran al limpiarse con el hilo o al cepillarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sufre Ud. de dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Son sus dientes sensitivos a comidas o líquidos fríos o calientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aprieta o rechina los dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Son sus dientes sensitivos a lo dulce o agrio en las comidas o líquidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se muerde los labios o mejillas frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se siente dolor en alguno de sus dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha notado dientes sueltos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene Ud. llagas o granos dentro o cerca de la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La comida tiende a quedarse entre los dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha sufrido lesiones en la cabeza, cuello o quijada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha recibido tratamiento en las encías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha experimentado alguno de los siguientes problemas en su quijada:			Ha usado placa para mascar u otros aparatos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chasquido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido dificultad con extracciones en el pasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor, (articulaciones, oído, en un lado de la cara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido sangrado prolongado después de una extracción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad al abrirla o cerrarla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa Ud. dentadura postiza o parciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad al mascar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si así es, fecha de colocación _____		
			Ha recibido alguna vez instrucciones de higiene dental respecto a sus dientes o encías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si pudiera Ud. cambiar cualquier cosa acerca de su sonrisa, que cambiaría _____

AUTORIZACION Y LIBERACION DE INFORMACION

Yo certifico haber leído y comprendido la información de arriba en lo mejor de mis conocimientos. Las preguntas de arriba han sido contestadas correctamente. Yo entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Yo autorizo al dentista para liberar cualquier información incluyendo los diagnósticos y reportes de cualquier tratamiento o examen hecho a mí o a alguno de mis hijos durante el periodo de dicho cuidado dental a terceras personas o entidades pagaderas y/o médicos. Yo autorizo y requiero a mi compañía de seguros para que pague directamente al dentista o grupo dental beneficios de seguro que de

otra forma serian pagaderos a mí. Yo entiendo que mi seguro dental puede pagar menos del costo total de los servicios realizados en mí o mis dependientes. Entiendo que soy responsable para pagar el costo total o lo que no paga el seguro dental por los servicios realizados.

X _____ Fecha _____
Firma del paciente o Tutor (si el paciente es menor de edad)

COMENTARIOS DEL DOCTOR _____

Firma _____ Fecha _____

NUMERO DE PACIENTE _____