

Nombre del Paciente: _____

HISTORIA DENTAL

Propósito de la visita de hoy:

Fecha de la última visita: _____

Lo que se hizo: _____

Fecha de la última limpieza: _____

	S	N	ENCIAS	S	N
Le gusta su sonrisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se presenta sangrado de su encías?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estás contento con el color de sus dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Te duele las encías?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si pudieras cambiar algo de tu sonrisa Cuál sería? explique: _____			Mal sabor o el olor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____ Cuando _____		
Está satisfecho con la función de los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Con qué frecuencia usa el hilo dental? _____ Cuando _____		
Es importante para usted para mantener los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguna vez ha tenido una cirugía de las encías?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene dolor dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usted notará el aflojamiento de los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cualquiera de sus dientes sensibles a: <input type="checkbox"/> CALIENTE <input type="checkbox"/> DULCE <input type="checkbox"/> FRÍO <input type="checkbox"/> PRESIÓN			TMJ	S	N
Cualquier dientes o empastes rotos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha sido tratado por la ATM o problema de TMD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUEÑO	S	N	Cualquier lesión en la cara, cabeza y cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usted ronca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Al hacer clic / hace estallar la mandíbula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguien te dice que ronca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de articulación de la mandíbula, oído, lado de la cara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usted se despierta sobresaltado jadeo para la respiración mientras se duerme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El dolor de los músculos de la mandíbula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido usted duerme evaluado prueba / del sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para abrir / cerrar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tienes un CPAP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para masticar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estás contento con su CPAP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aprieta / rechinar los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con qué frecuencia usted utiliza su CPAP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Son sus mandíbulas cansadas especialmente en la mañana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está usted cansado mandíbulas cuando te despiertas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuvo frenos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Tenías mala experiencia en el dentista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Tiene preguntas y preocupaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor marque cualquiera de los servicios que le gustaría discutir más a fondo con la Dra. Onimisi:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ronquido | <input type="checkbox"/> Bonding | <input type="checkbox"/> Porcelana Coronas |
| <input type="checkbox"/> Tirantes | <input type="checkbox"/> Incrustación / Onlays | <input type="checkbox"/> Color Diente Rellenos |
| <input type="checkbox"/> Clear Correct | <input type="checkbox"/> Snap on Smile | <input type="checkbox"/> Contorno de las encías |
| <input type="checkbox"/> Invisalign | <input type="checkbox"/> Puentes / Parciales | <input type="checkbox"/> Endodoncia |
| <input type="checkbox"/> Implantes | <input type="checkbox"/> Protector bucales | <input type="checkbox"/> Extracciones |
| <input type="checkbox"/> Sedación Oral en la oficina | <input type="checkbox"/> Rechinar de dientes / TMJ / TMD | <input type="checkbox"/> Selladores |
| <input type="checkbox"/> Retenedor fabricar | <input type="checkbox"/> Limpieza Profunda | <input type="checkbox"/> Carillas |
| <input type="checkbox"/> Ojo Gafas de limpieza | <input type="checkbox"/> Extracciones de dientes | <input type="checkbox"/> Cribado de Cáncer Oral |
| <input type="checkbox"/> Lumineers | <input type="checkbox"/> Blanqueamiento de dientes (Blanqueo) | <input type="checkbox"/> Diente coronas coloreadas |
| <input type="checkbox"/> Dentaduras libre de metal | <input type="checkbox"/> Dentadura | |

Historia Dental Reconocimiento

Entiendo que la información de la Historia Dental que he dado es correcta y al mejor de mi conocimiento. También entiendo que esta información se llevará a cabo en la más estricta confidencialidad, y que usted tiene mi permiso para pedir al proveedor de salud respectiva o agencia para obtener información adicional si es necesario. Es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi salud o medicamentos.

Firma: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

Médico Firma: _____ Fecha: _____