

Elica Health Centers

Cuestionario de Historia Dental

Patient's Name:	DOB:	MRN:	Today's Date:
------------------------	-------------	-------------	----------------------

1. ¿Está experimentando actualmente dolor dental?
En caso que sí, explíquelo por favor:

Si No Desconocido

2. ¿Cuándo fue su último examen dental?
Fecha:

Desconocido

3. ¿Tiene dificultad para abrir la boca?

Si No Desconocido

4. ¿Tiene dificultad para masticar?

Si No Desconocido

5. ¿Su mandíbula hace clic, truena o se abre y se bloquea?
En caso que sí, explíquelo por favor:

Si No Desconocido

6. ¿Tiene antecedentes de llagas o crecimiento dental?

Si No Desconocido

7. ¿Aprieta o rechinas los dientes?

Si No Desconocido

8. ¿Tiene la boca seca?

Si No Desconocido

9. ¿Sus dientes son sensibles al frío o al calor?
En caso que sí, explíquelo por favor:

Si No Desconocido

10. ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes o usa hilo dental?

Si No Desconocido

11. ¿El tratamiento dental lo pone nervioso?

Si No Desconocido

12. ¿Ha tenido alguna lesión grave en la cara o la boca?
En caso que sí, explíquelo por favor:

Si No Desconocido

13. ¿Alguna vez ha tenido problemas con el tratamiento dental o la anestesia dental?
En caso que sí, explíquelo por favor:

Si No Desconocido

Para paciente de edades entre 0 a 17 años - Evaluación del riesgo de caries

14. ¿Su hijo recibe fluoruro (Flúor dental) de alguna de las siguientes fuentes?

Marque todo lo que corresponda: ___ Suplemento ___ Agua de fluoruro ___ Pasta dental
___ Enjuague de fluoruro ___ Ninguno

15. ¿Su hijo se chupa el pulgar, los dedos o el chupón (chupete)?

Si No Desconocido

16. ¿Su hijo se acuesta con un biberón o una taza con algo que no sea agua (como leche o jugo)?

Si No Desconocido

En caso que sí, explíquelo por favor:

17. ¿Cuántas veces al día consume su hijo alimentos o bebidas azucaradas (jugo, refresco carbonatado o no carbonatado, bebidas energéticas, jarabes medicinales)?

Veces al día

18. ¿Alguien en el hogar tiene restauración dental existente o pendiente (empastes, coronas)?

Si No Desconocido

19. ¿Tiene el paciente alguna necesidad especial de atención médica (retraso en el desarrollo, discapacidades físicas, médicas o mentales que impidan o limiten la realización de una atención médica bucal adecuada por sí mismos o por un cuidador)?

Si No Desconocido

20. ¿El o la paciente tiene algún trastorno alimenticio?

Si No Desconocido

Para Mujeres - Historial de Ob/Gin

21. ¿Está embarazada actualmente?

Si No Desconocido

En caso que sí, ¿Cuál es su fecha estimada de parto?

22. ¿Está amamantando actualmente?

Si No