

# ANTECEDENTES DENTALES

Nombre \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Remitido por \_\_\_\_\_ ¿Cómo calificaría el estado de su boca?  Excelente  Bueno  Normal  Malo  
 Dentista anterior \_\_\_\_\_ ¿Durante cuánto tiempo ha sido su paciente? \_\_\_\_\_ Meses/Años  
 Fecha del examen dental más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de las radiografías más recientes \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Fecha del tratamiento más reciente (aparte de la limpieza) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Voy a mi dentista habitualmente cada:  3 meses  4 meses  6 meses  12 meses  No voy de forma habitual

¿CUÁL ES SU PREOCUPACIÓN INMEDIATA? \_\_\_\_\_

**A CONTINUACIÓN CONTESTE SÍ O NO:**

**SÍ NO**

## ANTECEDENTES PERSONALES



1. ¿Le da miedo el tratamiento dental? ¿Cuánto miedo?, en una escala de 1 (el menos) a 10 (el más) [\_\_\_\_] \_\_\_\_\_
2. ¿Ha tenido alguna experiencia dental negativa? \_\_\_\_\_
3. ¿Ha tenido alguna vez complicaciones con algún tratamiento dental anterior? \_\_\_\_\_
4. ¿Ha tenido alguna vez problemas con el funcionamiento de la anestesia o ha tenido alguna reacción a la anestesia local? \_\_\_\_\_
5. ¿Le han puesto alguna vez frenillos, ha recibido tratamiento ortodóntico o le han ajustado la mordida? \_\_\_\_\_
6. ¿Le han quitado alguna pieza dental? \_\_\_\_\_

## ENCÍAS Y HUESO



7. ¿Le sangran las encías o le duelen cuando se cepilla los dientes o se pasa el hilo dental? \_\_\_\_\_
8. ¿Le han tratado alguna vez por piorrea o le han dicho que ha disminuido el hueso alrededor de los dientes? \_\_\_\_\_
9. ¿Ha notado alguna vez un sabor u olor desagradable en la boca? \_\_\_\_\_
10. ¿Hay alguien en su familia con antecedentes de enfermedad periodontal? \_\_\_\_\_
11. ¿Ha sufrido alguna vez retracción de las encías? \_\_\_\_\_
12. ¿Se le ha aflojado alguna vez una pieza dental por sí misma (sin una lesión) o tiene dificultades para comer una manzana? \_\_\_\_\_
13. ¿Ha tenido una sensación de ardor en la boca? \_\_\_\_\_

## ESTRUCTURA DEL DIENTE



14. ¿Ha tenido alguna caries en los últimos 3 años? \_\_\_\_\_
15. ¿Le parece demasiado poca la cantidad de saliva en la boca o tiene dificultad para tragar cualquier tipo de comida? \_\_\_\_\_
16. ¿Siente o nota algún agujero (es decir, picaduras, cráteres) en la superficie de masticación de los dientes? \_\_\_\_\_
17. ¿Algunos de los dientes son sensibles al calor, al frío, al morder, a los dulces o evita cepillarse alguna parte de la boca? \_\_\_\_\_
18. ¿Tiene ranuras o muescas en los dientes cerca del borde de las encías? \_\_\_\_\_
19. ¿Alguna vez se ha roto algún diente, ha tenido dientes astillados o ha tenido dolor de muelas o empastes agrietados? \_\_\_\_\_
20. ¿Se le queda comida atrapada entre los dientes con frecuencia? \_\_\_\_\_

## MORDIDA Y ARTICULACIÓN DE LA MANDÍBULA



21. ¿Tiene problemas con la articulación de la mandíbula? (dolor, sonidos, apertura limitada, bloqueo, chasquido) \_\_\_\_\_
22. ¿Siente como si la mandíbula inferior se moviera hacia atrás cuando muerde con los dientes juntos? \_\_\_\_\_
23. ¿Evita o tiene dificultades para masticar chicle, zanahorias, frutos secos, panecillos, baguettes, barras de proteína u otros alimentos duros y secos? \_\_\_\_\_
24. ¿Han cambiado sus dientes en los últimos 5 años, se han acortado, afilado o desgastado? \_\_\_\_\_
25. ¿Los dientes cada vez se le tuercen más, se apiñan o se superponen? \_\_\_\_\_
26. ¿Se le están separando los dientes o se están aflojando? \_\_\_\_\_
27. ¿Tiene que dar más de un bocado, tiene que apretar o desplazar la mandíbula para que los dientes encajen entre sí? \_\_\_\_\_
28. ¿Pone su lengua entre los dientes o cierra los dientes contra la lengua? \_\_\_\_\_
29. ¿Mastica hielo, se muerde las uñas, utiliza los dientes para sujetar objetos o tiene algún otro hábito bucal? \_\_\_\_\_
30. ¿Aprieta los dientes durante el día o hace que le duelan? \_\_\_\_\_
31. ¿Tiene algún problema para dormir (es decir, desasosiego), se despierta con dolor de cabeza o es consciente de sus dientes? \_\_\_\_\_
32. ¿Usa o ha usado alguna vez un aparato para mordida? \_\_\_\_\_

## CARACTERÍSTICAS DE LA SONRISA



33. ¿Hay algo sobre el aspecto de sus dientes que le gustaría cambiar? \_\_\_\_\_
34. ¿Se ha blanqueado los dientes alguna vez? \_\_\_\_\_
35. ¿Se ha sentido incómodo o acomplejado por el aspecto de sus dientes? \_\_\_\_\_
36. ¿Le ha decepcionado el aspecto de un trabajo dental anterior? \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_