



HISTORIA DENTALES FORMAS

Nombre del paciente: _____ Nascimento: _____

Fecha de la ultima cita dental: ____/____/____

Razon? _____

Fecha de ultima rayos x? ____/____/____

Circule Respuesta Correcta:

1. Actualmente esta experimentando dolor dental?

Si, si explique: _____

2. Sus encias sangran?

Si, si explique: _____

3. Alguno de sus dientes estan flojos?

Si, si explique: _____

4. Usa alguna dentadura o parciales?

Si, si explique: _____

5. Alguna ves le dijieron que sufre de infeccion en sus encias?

Si, si explique: _____

6. Alguna de sus dientes tiene problema?

Si, si explique: _____

7. Alguna ves a tenido molestia en su mandibula?

Si, si explique: _____

8. Siente que rechina o presionan sus dientes?

Si, si explique: _____

9. Usa algun protector occlusal?

SI/NO

10. Alguna ves a tenido frenos?

Si, si explique: _____

11. Siente que su boca esta seca?

Si, si explique: _____

12. Siente que comida o hilo dental se atora en sus dientes?

Si, si explique: _____

13. A tenido una mala experiencia con tratamiento dentales?

Si, si explique: _____

14. Tiene ansiedad con dentistas?

Si, si explique: _____

15. Nescita tomar - medicinas antes de su cita?

Si, si explique: _____

16. A tenido reaction con anestecia?

Si, si explique: _____

17. Esta feliz con su sonrisa?

Si, si explique: _____

18. Que le gustaria cambriar? _____

19. Que le gustaria cambiar de su sonrisa? Si, si explique: _____

Certifico que yo he leido y entendido que la informacion de arriba es correcta. Entiendo lo importante de decir la verdad de mi historia Denta para que mi Dentista y sus trabajadores puedan tratarme con la informacion. yo comprendo que las preguntas an sido contestadas a mi satisfaction.

Firma de paciente (Papas o Guardian)

Fecha

Firma del dentist

Fecha