

# ¡Bienvenidos!

Para poder proporcionarle el mejor cuidado posible por favor complete este formulario con la historia DENTAL. Toda la información es completamente confidencial.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Cual es la razón de su visita de hoy? \_\_\_\_\_

Alerta medica o alergias? \_\_\_\_\_

Fecha de su ultima visita al dentista? \_\_\_\_\_

Nombre y teléfono de su dentista anterior? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Usa el paciente hilo dental? \_\_\_\_\_

Tiene problemas dentales actualmente? Si alguno por favor de explicar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tiene dientes con sensibilidad a:

Frío o caliente?  Si  No

Morder o masticar?  Si  No

Ha notado mal aliento?  Si  No

Le salen inflamaciones, ampollas En la boca con frecuencia?  Si  No

Al paciente se le atora la comida entre los dientes?  Si  No

El paciente aprieta o rechina los dientes mientras esta dormido (a)?  Si  No

Hay alguna otra cosa con respecto al tratamiento dental que quisiera que sepamos?

Por favor explique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_