

¡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 _____
