

Historial Odontológico
Dental History

Nombre del Paciente:
Patient First Name:

Apellido del paciente:
Patient Last Name:

Teléfono Residencial:
Home Phone:

¿Motivo de su consulta?
Reason for your visit?

Nombre del dentista anterior:
Previous dentist's name:

Dirección del dentista anterior:
Previous dentist's address:

Con qué frecuencia usted...
How often do you...

Cuál fue la fecha de su última...
What was the date of your last...

se cepilla los dientes
brush your teeth?

consulta
visit?

usa hilo dental
floss your teeth?

consulta de higiene
hygiene visit?

se hace exámenes dentales
have dental exams?

Rayos X
X-Ray?

¿Qué otra ayuda utiliza (cepillo de dientes eléctrico, palillo de dientes, etc.)?
What other aids do you use (electric toothbrush, toothpick, etc.)?

¿Tiene algún problema dental? ☐ Sí ☐ No.
Do you have any dental problems? Yes No.

Si es así, explique:
If yes, explain:

Historial Personal
Personal History

SÍ **NO**
YES **NO**

1. ¿Alguna vez ha tenido tratamiento de ortodoncia?
Have you ever had orthodontic treatment?

☐ ☐

2. ¿Alguna vez le han operado la boca?
Have you ever had oral surgery?

☐ ☐

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 3. ¿Alguna vez le han quitado algun diente?
Have you ever had any teeth removed?
Si es así, ¿han sido reemplazados? O Sí O No
If so, have they been replaced? Yes No | ☐ | ☐ |
| 4. ¿Alguna vez ha tenido un puente fijo?
Have you ever had a fixed bridge? | ☐ | ☐ |
| 5. ¿Alguna vez ha tenido un postizo parcial removible?
Have you ever had removable partial? | ☐ | ☐ |
| 6. ¿Alguna vez ha tenido una dentadura postiza completa?
Have you ever had complete denture? | ☐ | ☐ |
| 7. ¿Alguna vez le han puesto implantes?
Have you ever had implants?
si es así, ¿está contento con los reemplazos? O Sí O No
If so, are you happy with the replacements? Yes No | ☐ | ☐ |
| 8. ¿Alguna vez ha tenido tratamiento periodontal?
Have you ever had periodontal treatment? | ☐ | ☐ |
| 9. ¿Alguna vez se ha operado las encías?
Have you ever had gum surgery?
si es así, ¿cuándo?
If so, when?
¿con quién?
by whom? | ☐ | ☐ |
| 10. ¿Alguna vez le han rectificado los dientes o le han ajustado la mordida?
Have you ever had your teeth ground or bite adjusted? | ☐ | ☐ |
| 11. ¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la boca o la cabeza?
Have you ever had a serious injury to the mouth or head?

en caso afirmativo, describa (incluya la causa):
If so, please describe (include cause): | ☐ | ☐ |
| 12. ¿Siente ansiedad por recibir tratamiento odontológico? ¿Cómo superó su ansiedad?
Do you feel anxiety about having dental treatment?How did you overcome your anxiety? | ☐ | ☐ |
| 13. ¿Alguna vez ha tenido una experiencia odontológica perturbadora? en caso afirmativo, describa.
Have you ever had an upsetting dental experience?If yes, please describe: | ☐ | ☐ |

Características de la Sonrisa Smile Characteristics	SÍ YES	NO NO
1. ¿Le gusta la apariencia de sus dientes y su sonrisa? Do you like the appearance of your teeth and smile?	☐	☐
2. ¿Le gusta el color de sus dientes? Do you like the color of your teeth?	☐	☐
3. ¿Quiere que le enderecen los dientes? Would you like your teeth straightened?	☐	☐
4. ¿Qué es lo que más le gustaría cambiar en la apariencia de sus dientes? What would you like to change most in the appearance of your teeth?	☐	☐

Estructura del Diente
Tooth Structure

1. ¿Alguno de sus dientes es sensible a líquidos/alimentos calientes o fríos? Are any of your teeth sensitive to hot or cold liquids/foods?	☐	☐
2. ¿Alguno de sus dientes es sensible a líquidos/alimentos dulces o ácidos? Are any of your teeth sensitive to sweet or sour liquids/foods?	☐	☐
3. ¿Alguno de sus dientes es sensible a morder o a la presión? Are any of your teeth sensitive to biting or pressure?	☐	☐
4. ¿Ha notado algún diente flojo o cambio en su mordida? Have you noticed any loose teeth or change in your bite?	☐	☐
5. ¿Se le atasca comida entre los dientes? Do you get food caught between your teeth?	☐	☐

Encía y Hueso
Gum and Bone

1. ¿Alguna vez ha notado algún olor en la boca o mal sabor? Have you ever noticed any mouth odors or bad taste?	☐	☐
2. ¿Con frecuencia tiene herpes labial, ampollas o lesiones? Do you frequently get cold sores, blisters, or any lesions?	☐	☐
3. ¿Le sangran o duelen las encías? Do your gums bleed or hurt?	☐	☐
4. ¿Sus padres han tenido enfermedad de las encías o pérdida de dientes? Have your parents experienced gum disease or tooth loss?	☐	☐

Mordida y Articulación de la Mandíbula
Bit and Jaw Joint

1. ¿Aprieta o rechina los dientes (despierto o dormido)? Do you clench or grind teeth (awake or asleep)?	☐	☐
2. ¿Tiene las mandíbulas cansadas (especialmente por la mañana)? Do you have tired jaws (especially in the morning)?	☐	☐

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 3. ¿Se muerde los labios o las mejillas regularmente?
Do you bite your lips or cheeks regularly? | ☐ | ☐ |
| 4. ¿Sostiene objetos extraños con los dientes (lápices, bolígrafos, clavos, uñas, pipa)?
Do you hold foreign objects with your teeth (pencils, pens, nails, fingernails, pipe)? | ☐ | ☐ |
| 5. ¿Respira por la boca mientras duerme o está despierto?
Do you mouth breathe while asleep or awake? | ☐ | ☐ |
| 6. ¿Ronca?
Do you snore? | ☐ | ☐ |
| 7. ¿Alguna vez ha experimentado chasquidos o golpeteos en la mandíbula?
Have you ever experienced clicking or popping of the jaw? | ☐ | ☐ |
| 8. ¿Alguna vez ha experimentado dolor (articulación, oído o lado de la cara)?
Have you ever experienced pain (joint, ear or side of face)? | ☐ | ☐ |
| 9. ¿Alguna vez ha experimentado dificultades para abrir o cerrar la boca?
Have you ever experienced difficulty opening or closing the mouth? | ☐ | ☐ |
| 10. ¿Alguna vez ha experimentado dolores de cabeza frecuentes, dolores de cuello o dolores de hombro?
Have you ever experienced frequent headaches, neck aches, or shoulder aches? | ☐ | ☐ |
| 11. ¿Alguna vez ha experimentado algún dolor o molestia en los músculos de su rostro o alrededor de las orejas?
Have you ever experienced any pain or soreness in the muscles of your face or around the ears? | ☐ | ☐ |

¿Hay algo más acerca de haberse hecho un tratamiento dental que le gustaría hacernos saber?
Is there anything else about having dental treatment that you would like to let us know?

Doy mi consentimiento para el examen del médico y los diagnósticos necesarios para el tratamiento, incluidas las radiografías.
I consent to the doctor's exam and necessary diagnostics for treatment including x-rays.

Comentarios del médico:
Doctor comments: