**HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE**

RAZON POR LA VISITA D

CUANDO FUE SU ULTIMA VISITA POR UNA LIMPIEZA D

CUANTAS VECES CEPILLA LOS DIENTES CUANTAS VECES USA HILO DENTAL D

USA UNA PASTA DE DIENTES O ENJUAGE DENTAL CON FLUORURO D

DE DONDE VIENE SU AGUA POTABLE CIUDAD POZO EMBOTELLADA FILTRADO

.

**SI NO SI NO**

1. SANGRAN SUS ENCIAS AL CEPILLARSE O AL

USAR HILO DENTAL………………………………..

1. SON SUS DIENTES SENSIBLES A LIQUIDOS O

ALIMENTOS CALIENTES O FRIOS………………..

.

1. SON SUS DIENTES SENSIBLES A LIQUIDOS O

ALIMENTOS DULCES O AMARGOS………….......

1. SIENTE DOLOR EN ALGUNO DE SUS DIENTES...
2. TIENE ULCERAS O BOMBAS EN/O CERCA DE

SU BOCA……………………………..……………….

1. HA TENIDO HERIDAS DEL CUELLO, CABEZA, O MANDIBULA…………………………………………
2. HA TENDIO CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES

CON LA MANDIBULA:

CLIC………………………………………………...

DOLOR (articulación, oreja, lado de la cara)………

DIFICULTAD EN ABRIR O CERRAR LA BOCA.

DIFICULTAD EN MASCAR………………………

1. TIENE DOLORES DE CABEZA FRQUENTES……..

COMENTARIOS DEL DOCTOR D

D

D

**AUTORIZACION Y LIBERACION**

Certifico que he leído y entiendo la información mencionada anteriormente a mi mejor conocimiento y entendimiento. Las preguntas anteriormente han sido contestadas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Reconozco que me han proporcionado con y he revisado una copia de las políticas y procedimientos de privacidad y seguridad para First City Dental. Entiendo que necesito pedir la oficial de privacidad si tengo preguntas acera de las políticas y procedimientos. Doy permiso al dentista a revelar cualquiera información incluyendo el diagnóstico y los registras de cualquier tratamiento o examen que me dan a mi o mi hijo(a) durante el periodo de cuidado dental a terceros pagadores y los profesionales de salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguro que page directamente al dentista o a los beneficios del seguro dental. Entiendo que mi compañía de seguro dental puede pagar menos que la cantidad actual dado a mí por servicios. Acepto ser responsable por los pagos de todos los servicios dados a mi o mis dependientes.

**X** D FECHA D

Firma del Paciente o Padre/Guardián de el menor

**REGISTRACION / HISTORIA DE SALUD**

1. LE APRIETAN O RECHINAN LOS DIENTES….......
2. SE MUERDE LOS LABIOS Y CACHETES CON

FREQUENCIA………………………………………...

1. HA NOTADO ALGUN AFLOJAMIENTO DE SUS

DIENTES………………………………………………

1. ALIMENTA LA COMIDA EN LOS DIENTES……...
2. HA TENIDO TRATAMIENTO DE LAS ENCIAS EN

EL PASADO…………………………………………..

1. HA USADO UN PLATO DE MORDEDURA O

OTRO APARATO EN EL PASADO……………........

1. HA TENIDO EXTRACCIONES QUE SE HAN DIFICULTADO EN EL PASADO……………………
2. USA DENTADURAS POSTIZAS O PARCIALES….

En caso afirmativo, fecha de colocación D

1. TIENE PROBLEMAS CON NERVIOSIDAD O

ANSIEDAD CUADO VIENE AL DENTISTA……….