

Questionario dental

¿Tiene alguna molestia ahora? ____Si ____No Porfavor explicar _____

¿Tiene dientes que le hayan quitado? ____Si ____No Han sido
reemplasados? _____

¿Sus dientes son sensibles? ____Si ____No A que? _____

¿Describa su rutina de higiene oral en casa _____

¿Sangran sus encias? ____Si ____No al cepillar ____ Usa hilo dental ____

¿Aprieta o rechina los dientes? ____Si ____No

¿Se queda la comida entre sos deintes? ____Si ____No

¿Su quijada le truena o duele? ____Si ____No

¿Le dan dolores de cabeza? ____Si ____No Que frecuente? _____

¿Que parte de la cabeza le duele? ____Si ____No Porfavor explaicar _____

¿Has tenido tratamiento de encias? ____Si ____No Porfavor explaicar _____

¿Has tenido frenos o qualquier otro tratamiento dental? ____Si ____No

¿Porfavor explaicar _____

¿Siente que tiene mal olor de boca? ____Si ____No

¿Fuma cigarros? ____Si ____No

¿Toma alcol? ____Si ____No

¿Tiene fobia al dentista? ____Si ____No

¿Como se siente de su condicion oral? _____

¿Ha tenido mal experencia con un dentista? ____Si ____No