

# Historia odontológica

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  Dr.  Sr.  
 Sra.  Sra./Srta.  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

1. ¿Fecha de su última consulta al odontólogo? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ¿Fecha de la última radiografía dental? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
2. ¿Motivo de la última consulta? \_\_\_\_\_
3. ¿Tiene alguna duda acerca de la atención odontológica previa o de esta consulta odontológica? \_\_\_\_\_
4. ¿Le sangran las encías? (seleccione con un círculo) Sí No
5. ¿Tiene los dientes flojos? (seleccione con un círculo) Sí No
6. ¿Alguna vez le dijeron que padece una enfermedad de las encías? (seleccione con un círculo) Sí No
7. ¿Alguna vez le dijeron que tiene mal aliento? (seleccione con un círculo) Sí No
8. ¿Sus dientes son sensibles a (haga un círculo alrededor de todas las respuestas correctas)  
 los caramelos el frío el calor la presión
9. ¿Ha padecido alguna vez algún dolor en la articulación temporomandibular (fricción o salto)?  
 (seleccione con un círculo) Sí No
10. ¿Está conforme con su sonrisa? (seleccione con un círculo) Sí No  
 Si la respuesta es no, por favor explique: \_\_\_\_\_
11. ¿Qué cambiaría del estado actual de su boca? \_\_\_\_\_

• • •

Comprendo la necesidad de contestar estas preguntas con sinceridad. A mi entender, las respuestas aquí proporcionadas son exactas. También comprendo que es de suma importancia informar sobre cualquier cambio o actualización de mi condición médica. Autorizo a obtener de mi médico cualquier información adicional respecto de mi historia clínica que sea necesaria, a fin de que se me brinde el mejor tratamiento posible.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si completó este formulario en lugar de otra persona, por favor escriba su nombre en letra de imprenta y firme debajo, e indique cuál es su relación con el paciente.

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Actualización de la historia clínica:** Periódicamente le preguntaremos acerca de si se produjo algún cambio en su historia clínica.

Fecha	Cambios/comentarios	Firma del paciente y del odontólogo
____/____/____	_____	_____
____/____/____	_____	_____
____/____/____	_____	_____