

Historial Dental Del/La Paciente

Sí No

- ¿El dentista te pone nervioso?
Does the dentist make you nervous?
- ¿Estás contento con tu sonrisa?
Are you happy with your smile?
- ¿Alguna vez le han hecho algún trabajo de ortodoncia (frenos)?
Have you ever had any orthodontic work (braces)?
- ¿Ha tiendo alguna dificultad con una extracción en el pasado?
Have you ever had any difficult extractions in the past?
- ¿Alguna vez ha tenido dolor en el oído, las articulaciones o del lado de la cara?
Have you ever had pain in your ear, joint, or side of face?
- ¿Sangran sus encías cuando se cepilla los dientes o usa hilo dental?
Do your gums bleed while brushing or flossing?
- ¿Son sensitivos sus dientes a lo frío o caliente?
Are your teeth sensitive to hot or cold?
- ¿Son sensitivos sus dientes a lo dulce o agrio?
Are your teeth sensitive to sweet or sour?
- ¿Sientes dolor en alguno de sus dientes?
Do you feel pain in any of your teeth?
- ¿Ha sufrido algún tipo de lesión en la cabeza, el cuello, o mandíbula?
Have you had any head, neck, or jaw injuries?
- ¿Su mandíbula le duele o hace algún sonido cuando abre o cierra la boca?
Does your jaw hurt or make a click or pop sound when opening or closing your mouth?
- ¿Alguna vez le han diagnosticado enfermedad de las encías?
Have you ever been diagnosed with gum disease?
- ¿Un médico o un dentista anterior le recomendó **antibióticos** antes del trabajo dental?
Has a physician or previous dentist recommended **antibiotics** before dental work?
- ¿Se le hace difícil abrir o cerrar la boca?
Is it hard to open or close your mouth?
- ¿Aprieta o rechina sus dientes?
Do you clench or grind your teeth?
- ¿Te duele masticar, morder o tragar?
Does is hurt to chew, bite, or swallow?