

MUESTRA

➤ **Antecedentes Médicos:**

1. Está ud. siguiendo algún tratamiento médico? Si No Motivo:
2. Está ud. tomando ahora algún medicamento? Si No Cuáles?
3. Ha padecido alguno de los sgtes problemas?
 - Enfermedades del corazón (especificar) Si No Cuáles?
 - Presión alta Si No
 - Presión baja Si No
 - Fiebre reumática Si No
 - Artritis Si No
 - Diabetes Si No
 - Hepatitis Si No De qué tipo?
 - Problemas respiratorios Si No Cuáles?
 - Problemas de tiroides Si No
 - Convulsiones Si No
 - Epilepsia Si No
 - Alergias Si No Especificar.....
 - Está embarazada? Si No Tiempo de gestación.....
 - Sangra demasiado al cortarse? Si No
 - Usa anticoagulantes? Si No
 - Otros Si No Especificar.....
4. Es ud. alérgico a algún tipo de medicamento? Si No Cuál?

➤ **Hábitos Nutricionales:**

1. Altura: Peso:
2. Come usted rápido moderado despacio
3. Toma usted té o café Si No Cuántos al día?.....
4. Utiliza azúcar Edulcorante
5. Toma bebidas carbonatadas (gaseosas) Si No Cuántas al día?.....
6. Sufre de reflujo Si No
7. Come dulces regularmente poco moderado mucho
8. Mantiene los alimentos mucho tiempo en su boca Si No
9. Come entre comidas Si No
10. Utiliza complementos vitamínicos Si No Cuáles?.....
11. Sufre de insomnio Si No
12. Se fatiga fácilmente Si No
13. Es ud. muy ansioso Si No
14. Sufre de palpitaciones Si No
15. Tiene sensación de vértigo o náuseas con frecuencia Si No

.....
Firma del Paciente

➤ **Dental:**

1. Motivo de consulta:.....
2. Fecha de último tratamiento dental:
3. Ha tenido ud. tratamiento de:
 - Ortodoncia - Periodoncia (encías)
 - Cirugía - Placas oclusales
 - Ajustes oclusales (o de su mordida) - Otros
4. Aprieta o rechina los dientes durante el día? Si No Cuándo?.....
5. Es conciente de apretar los dientes durante la noche? Si No
6. Se despierta con la sensación de cansancio muscular en la cara? Si No
7. Sufre de dolores de cabeza crónicas o del cuello? Si No
8. Ha presentado dolores en la articulaciones o a los lados de la cara en la zona cercana a los oídos? Si No
9. Siente ruidos al abrir o cerrar la boca? Si No
10. Alguna vez ha presentado imposibilidad de mover la mandíbula o abrir o cerrar la boca? Si No
11. Se le traba la mandíbula y tiene que recurrir a ayuda para volver a colocarla en su posición? Si No
12. Muerde ud. del lado derecho izquierdo ambos
13. Se muerde los labios lengua mejillas uñas objetos
14. Cuántas veces al día cepilla sus dientes?
15. Le sangran las encías al cepillarse? Si No
16. Está contento con la apariencia de sus dientes? Si No

Firma: **Fecha:**.....
Aclaración:

➤ **Historia Clínica Dental:**

1. Asimetrías faciales:.....
 2. Apertura máxima mm:.....
 3. Desviación en apertura: cierre:
 4. Dolor muscular a la palpación Si No Cuál?
 5. Hipertrofia muscular Si No
 6. Interferencias en céntrica Si No
 7. Ruidos articulares Si No
 8. Deglución anormal Si No
 9. Facetas de desgaste Si No
 10. Dientes faltantes Si No Cualés?
 11. Caries Si No Cualés?
 12. Obturaciones Si No Cualés?
 13. Obturaciones defectuosas Si No Cualés?
 14. Malposiciones Si No
 15. Estado periodontal Bueno Malo
- Diastemas Bolsas Movilidad Recesión gingival

HECHO POR:.....