**CPD: Formulario de Historial Dental**

Nombre del paciente:

Último \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Primero\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MI\_\_   Preferido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1.** ¿Cuál es la principal preocupación sobre la salud bucal de su hijo?

|  |
| --- |
|  |

**2.** ¿Cómo describirías la salud bucal de tu hijo?

     ☐ Excelente  ☐ Buena ☐ Feria   ☐ Pobre

**3.** ¿Cómo describirías tu salud bucal?

     ☐ Excelente  ☐ Buena ☐ Feria   ☐ Pobre

**4** . ¿Cómo describirías la salud bucal de tus otros hijos?

     ☐ Excelente  ☐ Bueno ☐ Regular   ☐ Malo  ☐ No aplicable

**5.** ¿Hay antecedentes familiares de caries?  ☐ Sí    ☐ No

**6** . En caso afirmativo , marque todo lo que corresponda.   ☐ Madre ☐ Padre ☐ Hermano ☐ Hermana

**7.** ¿Tiene su hijo un historial de alguno de los siguientes? Marque todo lo que corresponda.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Características dentales heredadas    |  | Llagas en la boca o ampollas de fiebre    |   | Mal aliento   |
|  | Sangrado de las encías    |  | Caries / dientes cariados   |   | Dolor de muelas |
|  | Lesión en dientes, boca o mandíbulas.   |  | Agarrar / rechinar los dientes  |   | Problemas en las articulaciones de la mandíbula (estallidos, etc.)    |
|  | Náuseas excesivas   |  | Hábitos de succión después de un año de edad   |   |  |

**8.** En caso afirmativo a cualquiera de las respuestas a la pregunta 7, describa abajo

|  |
| --- |
|  |

**9**. ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes su hijo?

|  |
| --- |
|  |

**10**. ¿Alguien ayuda a su hijo a cepillarse?  ☐ Sí   ☐ No

**11** . ¿Con qué frecuencia su hijo usa hilo dental?

|  |
| --- |
|  |

**12**. ¿Alguien ayuda a su hijo a usar hilo dental?  ☐ Sí   ☐ No

**13** . ¿Qué tipo de cepillo utiliza su hijo?  ☐ Duro   ☐ Medio   ☐ Blando    ☐ Inseguro

**14.** ¿Qué pasta dental usa su hijo?

|  |
| --- |
|  |

**15**¿Cuál es la fuente de su agua potable en casa?

        ☐Suministro de la  ciudad /comunidad ☐Pozo privado  ☐Agua embotellada

**16.** ¿Utiliza un filtro de agua en casa? En caso afirmativo, ¿qué tipo de sistema de filtrado?

|  |
| --- |
|  |

**17**. Verifique todas las fuentes de fluoruro que recibe su hijo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Agua potable    |   | Pasta dental |  |
| Enjuague sin receta    |   | Enjuague recetado / gel    |  |
| Prescripción de gotas / tabletas / vitaminas    |   | Tratamiento de fluoruro en el consultorio dental |  |
| Barniz de fluoruro por pediatra / otro profesional   |   |   |  |

**18**. ¿Su hijo recibe regularmente 3 comidas al día?  ☐ Sí   ☐ No

**19** . ¿Tiene su hijo una dieta especial o restringida? En caso afirmativo, describa.

|  |
| --- |
|  |

**20** . ¿Es su hijo "quisquilloso " para comer? En caso afirmativo, describa.

|  |
| --- |
|   |

**21** . ¿Tiene su hijo una dieta alta en azúcares / almidones? En caso afirmativo, describa.

|  |
| --- |
|   |

**22** . ¿Tiene alguna preocupación sobre el peso de su hijo? En caso afirmativo, describa.

|  |
| --- |
|   |

**23** . Como con frecuencia hace que su niño merienda entre comidas?

      ☐ Nunca   ☐Rara vez ☐ 1-2 veces / día   ☐ 3 o más / día

**24** . ¿Qué tipo de refrigerios/meriendas suele comer su hijo?

|  |
| --- |
|   |

**25** . ¿Con qué frecuencia come su hijo dulces u otros dulces?

      ☐ Nunca   ☐ Rara vez ☐ 1-2 veces / día   ☐ 3 o más / día

**26** . ¿Con qué frecuencia mastica su hijo chicle?

      ☐ Nunca   ☐ Rara vez ☐ 1-2 veces / día   ☐ 3 o más / día

**27** . ¿ Con qué frecuencia tiene su hijo bebidas azucaradas? ( Tales como jugos, bebidas con sabor a frutas, refrescos, bebidas carbonatadas, bebidas azucaradas, bebidas deportivas o bebidas energéticas)

     ☐ Nunca   ☐ Rara vez ☐ 1-2 veces / día   ☐ 3 o más / día

**28** . Anote cualquier otro hábito alimenticio importante.

|  |
| --- |
|   |

**29** . ¿Su hijo participa en algún deporte o actividad similar? En caso afirmativo, indique

|  |
| --- |
|   |

**30. ¿**Usa su hijo un protector bucal durante estas actividades? En caso afirmativo, ¿de qué tipo?

|  |
| --- |
|   |

**31** . ¿Su hijo ha sido examinado por otro dentista? En caso afirmativo,

       Fecha de la primera visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

       Motivo de la última visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

       ¿Se tomaron radiografías? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_        ¿Cuándo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**32** . ¿Ha tenido alguna vez su hijo una cita dental difícil? En caso afirmativo, describa.

|  |
| --- |
|   |

**33** . ¿Cómo espera que su hijo responda al tratamiento dental?

              ☐Muy bien ☐ Bien ☐ Mal ☐ Muy mal

**34** . ¿Hay algo más que debamos saber antes de tratar a su hijo?

|  |
| --- |
|   |

200528