

## CUESTIONARIO DE SALUD DENTAL

### Mis objetivos de tratamiento son:

\_\_\_\_\_ Libre de dolor \_\_\_\_\_ Libre de sensibilidad \_\_\_\_\_ Libre de caries  
\_\_\_\_\_ Mejor aliento \_\_\_\_\_ Encías más saludables \_\_\_\_\_ Menos sangrado  
\_\_\_\_\_ Mejor sonrisa \_\_\_\_\_ Dientes mas blancos \_\_\_\_\_ dientes mas rectos  
\_\_\_\_\_ Mejor masticación \_\_\_\_\_ Sustitución de dientes perdidos

¿Cuándo fue la última vez que te vio un dentista?

¿Cuándo fue la última vez que te lavaste los dientes?

¿Cuándo fue la última vez que te tomaron radiografías?

¿Podemos tomar radiografías dentales si son necesarias? SI NO

¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? DIARIO SEMANAL MENSUAL

¿Alguna vez te ha preocupado el mal aliento? SI NO

¿Alguna vez te ha preocupado el mal sabor de boca? SI NO

¿Qué tipo de cepillo de dientes usas? MANUAL ELECTRICO

¿Te sangran las encías cuando te cepillas o usas el hilo dental? SI NO

¿Alguna vez ha tenido tratamiento periodontal / limpieza profunda? SI NO

¿Tiene agua de pozo o agua del condado? CONDADO POZO

¿Estás nervioso por recibir tratamiento dental? SI NO

¿Por qué dejaste tu otra práctica dental?

¿Qué esperas de nuestra práctica?

¿Hay algo que te gustaría cambiar sobre tu sonrisa?

Por favor  
explique: \_\_\_\_\_

---