

Ficha de identificación

Clave

Nombre	_____		_____		_____	
	Apellido paterno		apellido materno		Nombres	
Género	_____		Fecha de nacimiento		_____	
	Masculino	Femenino		Día	Mes	año
Domicilio	_____		No. Exterior	No. Interior	_____	
	Calle				Colonia	
	_____		_____		_____	_____
	Ciudad		Estado		Pais	CP
	_____	_____	_____		_____	
	Teléfono fijo	Teléfono celular			Correo electrónico	
	_____		_____			
	Ocupación		Estado Civil			

Interrogatorio relacionado a Periodoncia

1	¿Tiene dolores de cabeza?			27	¿ha tenido una mala experiencia con anestésicos?				
2	¿Están sensibles los dientes?			28	Es usted alérgico a algún medicamento				
3	Frio	Calor	al masticar	29	¿Cuál?				
4	¿Ha notado su encía hinchada?			30	¿La han operado alguna vez?				
5	¿Le sangra la encía al cepillarse?			31	¿De qué?				
6	¿Ha notado sus dientes flojos?			32	Esta usted embarazada				
7	¿Ha notado si sus dientes han cambiado de posición?			33	¿Toma anticonceptivos?				
8	¿Tiene mal sabor de boca?			34	¿Utiliza hormonas?				
9	¿Cepilla sus dientes?			35	¿Toma medicamentos para bajar de peso?				
10	¿cuantas veces al día?	Que pasta dental utiliza:		36	¿Ha perdido peso sin motivo aparente?				
11	¿Usa hilo dental?			37	¿fuma?				
12	¿Siente comezón en la encía?			38	¿Consume alcohol?	Cantidad	Frecuencia		
13	¿Esta usted satisfecho con la apariencia de su boca?			39	¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?				
14	Si la respuesta es si, explique por qué no le agrada			40	¿Alguna Otra droga? ¿cuál?				
15	¿Respira por la boca?			Encierre en un círculo la enfermedad que padece ó ha padecido el paciente					
16	¿Tiene interés en conservar los dientes?								
17	¿Tiene miedo al tratamiento de su boca?								
18	¿Ha recibido algún tratamiento de Ortodoncia?								
19	¿Mastica con todos los dientes?			1	Hemofilia	9	Leucemia	17	Tiroides
20	¿Aprieta ó rechina los dientes con frecuencia?			2	Diabetes	10	Epilepsia	18	Enfermedades venéreas
21	¿Cómo describe su salud en general?			3	Fiebre Reumática	11	Artritis	19	Función renal
22	Buena	Regular	Mala	4	Hepatitis	12	Gastritis	20	Función del hígado
23	¿cuándo fue su último examen médico?			5	Enfermedades del corazón	13	Úlceras gástricas	21	Función del hígado
24	¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico?			6	Hipertension	14	Asma		
25	Si la respuesta es si, indique que medicamentos está tomando?			7	Hipotensión	15	Alteraciones de los pulmones		
26	Si sangra, ¿tarda mucho en detenerse la hemorragia?			8	Anemia	16	Desmayos frecuentes		

Periodontograma

