

SALUD BUCODENTAL

¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde su última visita al odontólogo? (Marque la casilla de cada pregunta si la respuesta es SI)

- ¿Tuvo problemas con la anestesia dental?
- ¿Le han hecho raspajes anteriormente?
- ¿Tiene familia con enfermedad de las encías?
- ¿Le cuesta abrir la boca por las mañanas o de forma habitual?
- ¿Tiene dificultad al masticar algunos alimentos?
- ¿Lleva férula de descarga?
- ¿Tiene dolor, ruidos o zumbidos en los oídos?
- ¿Es fumador? ¿Cuántos cigarrillos al día? _____
- ¿Se le mueve algún diente?
- ¿Le han hecho ortodoncia?
- ¿Aprieta o rechina dientes?
- ¿Tiene dolores de cabeza, cuello o espalda?
- ¿Come chicle?
- ¿Tiene o ha tenido chasquidos al abrir y cerrar la boca?
- ¿Se muerde las uñas?

OBSERVACIONES

Firma Doctor

Firma Paciente

Su ficha de paciente e historial médico serán tratados de forma estrictamente confidencial, asumiendo la clínica la responsabilidad de la custodia de dichos datos, por un plazo de 5 años desde la finalización del último tratamiento, tal y como exige el ministerio de sanidad y consumo por r.d. 1594/94 de 15 de julio. Asimismo, los datos incluidos en este documento serán incorporados a nuestro fichero en el registro de protección de datos. Se destinarán a facilitarle los servicios que se prestan o se decidan prestar en el futuro por Clínica Dental, si usted desea oponerse, acceder, rectificar o cancelar sus datos en todo lo referente a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, diríjase por escrito a la sede de Clínica Dental