

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDOS \_\_\_\_\_

SEXO M/F \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ ALTURA \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_ DEPORTE PRACTICADO \_\_\_\_\_

AÑOS DE PRÁCTICA \_\_\_\_\_ HORAS ENTRENAMIENTO/SEMANA \_\_\_\_\_ PROFESIONAL  AFICIONADO

## 2. HISTORIA DENTAL

Última visita al dentista: 0-6 meses  6-12 meses  >1 año  Frecuencia de revisiones: 1/año  2 o más/año  <1/año

Tratamientos realizados: Obturaciones  Endodoncia  Extracción  Prótesis  Cirugía  Implante   
Tratamiento periodontal  Ortodoncia

Alergia medicamentos: Sí  No  Medicación actual: \_\_\_\_\_

Antecedentes médicos: \_\_\_\_\_

Ha tenido alguna vez: Lesión mandibular: Sí  No  Especificar en caso afirmativo: \_\_\_\_\_

Ha tenido alguna vez: Traumatismo dentario: Sí  No  Especificar en caso afirmativo tipo de traumatismo  
Diente afectado: \_\_\_\_\_

Higiene bucodental: N° de cepillados/día: \_\_\_\_\_ Tiempo de cepillado (minutos): \_\_\_\_\_

Tipo cepillo: Manual  Eléctrico  Ambos  Higiene interdental: Sí  No  Colutorio de flúor: Sí  No

Dieta: Bebidas carbonatadas o energéticas (n° al día): \_\_\_\_\_ Tabaco (cigarrillos al día): \_\_\_\_\_ Alcohol (bebidas al día): \_\_\_\_\_

Protector bucal: Sí  No  Tipo: Prefabricado  A medida  Te lo pones siempre:  A veces  Nunca o casi nunca

¿CON QUÉ FRECUENCIA HAS TENIDO LOS SIGUIENTES PROBLEMAS EN EL ÚLTIMO MES?	MUY A MENUDO	BASTANTE A MENUDO	OCASIONALMENTE	CASI NUNCA	NUNCA
Problemas para masticar o comer algunos alimentos como consecuencia de problemas en dientes, boca, prótesis o mandíbula.					
Has tenido dolor en la boca.					
Te has sentido incómodo por la apariencia de tus dientes, boca o prótesis.					
Has sentido que ha disminuido el gusto de los alimentos como consecuencia de problemas en dientes, boca o prótesis.					
Has tenido problemas para realizar tu actividad habitual deportiva como consecuencia de tus dientes, boca o prótesis.					