

Cuestionario inicial para pacientes

Datos personales

Nombre y apellidos	
Fecha de nacimiento	
Sexo	
DNI/NIE	
Dirección	
Teléfono	
Correo electrónico	
Ocupación	
¿Cómo conoció nuestra clínica?	

Salud general

¿Tiene alguna enfermedad crónica o diagnosticada?		
¿Toma algún medicamento de forma regular?		
¿Es alérgico a algún medicamento o sustancia?		
¿Ha tenido alguna cirugía o intervención reciente?		
¿Está embarazada o en periodo de lactancia?		
¿Fuma o consume alcohol u otro tipo de sustancias?		
¿Padece ansiedad o estrés?		



Salud bucodental

¿Cuándo fue la última vez que visitó al dentista? _____

¿Qué motivo le trajo a nuestra clínica? _____

¿Tiene algún dolor, molestia o sangrado en la boca? _____

¿Tiene algún problema de mordida, articulación o bruxismo (apretamiento o rechinar de dientes)? _____

¿Está satisfecho con la estética de su sonrisa? _____

¿Qué tipo de cepillo, pasta y enjuague bucal usa? _____

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes y usa el hilo dental? _____

¿Acude regularmente a revisiones y limpiezas dentales? _____

¿Cuenta con algún seguro dental? _____

¿Tiene alguna preferencia horaria para concertar sus citas? _____

Escuchamos cualquier duda, sugerencia o comentario que quiera realizar:

