

Evaluación

Tiene usted: (circule las que correspondan)

Problemas en los dientes Dolor Hinchazón Sangrado de las encías
Color rosado cuando escupe Mal aliento Caries Dientes flojos

¿Tiene un dentista al que usted vaya rutinariamente?

Nombre del Dentista/Clínica _____

¿Cuánto tiempo hace ya de su última visita al dentista?

6 meses 1 año 1 año ½ 2 años 3 años 4 años o más

¿Ah experimentado nauseas en este embarazo? Sí No

¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes? _____

¿Usa pasta que contiene fluoruro? Sí No

¿Usa hilo dental todos los días? Sí No

Examen: (circule las que correspondan)

Dientes					
Rellenos	Manchas Blancas	Manchas Cafés	Placa	Caries	Absceso

Encías					
Rosa	Planas	Hinchazón	Rojo	Olor	Calculo visible

Necesita Tratamiento para: (circule las que correspondan)

Encías		
Cuidado Rutinario	Gingivitis	Periodontitis

Evaluación de los Dientes

Ningún Problema	Problemas tempranos	Problemas Urgentes
-----------------	---------------------	--------------------

Evaluación

Tiene usted: (circule las que correspondan)

Problemas en los dientes Dolor Hinchazón Sangrado de las encías

Color rosado cuando escupe Mal aliento Caries Dientes flojos

¿Tiene un dentista al que usted vaya rutinariamente?

Nombre del Dentista/Clínica _____

¿Cuánto tiempo hace ya de su última visita al dentista?

6 meses 1 año 1 año ½ 2 años 3 años 4 años o más

¿Ah experimentado nauseas en este embarazo? Sí No

¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes? _____

¿Usa pasta que contiene fluoruro? Sí No

¿Usa hilo dental todos los días? Sí No

Examen: (circule las que correspondan)

Dientes					
Rellenos	Manchas Blancas	Manchas Cafés	Placa	Caries	Absceso

Encías					
Rosa	Planas	Hinchazón	Rojo	Olor	Calculo visible

Necesita Tratamiento para: (circule las que correspondan)

Encías		
Cuidado Rutinario	Gingivitis	Periodontitis

Evaluación de los Dientes

Ningún Problema	Problemas tempranos	Problemas Urgentes
-----------------	---------------------	--------------------