

Evaluación

Tiene usted: (circule las qu	e corresp	ondan)			
Problemas en los dientes	Dolor	Hinch	azón	Sangra	do de las encías
Color rosado cuando esc	upe	Mal alie	ento	Caries	Dientes flojos
¿Tiene un dentista al que u	sted vall	a rutinar	iament	e?	
Nombre del Dentista/Clír	nica				
¿Cuánto tiempo hace ya de	su últim	ia visita a	al denti	sta?	
6 meses 1 año 1 a	ño ½ - 2	2 años	3 años	4 año	os o más
¿Ah experimentado nausea	as en este	e embara	azo? S	í No	
¿Cuantas veces al día se ce	pilla los d	dientes?			
¿Usa pasta que contiene fl	uoruro?	Sí No			
¿Usa hilo dental todos los o	días? Sí	No			

Examen: (circule las que correspondan)

Dientes									
Rellenos	i	Man Blan			lanchas Cafés	Placa		Caries	Absceso
Encías									
Rosa	Р	lanas	Hinch	azón	Rojo	Olor		Calculo v	isible

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) Sangrado de las encías Problemas en los dientes Dolor Hinchazón Dientes flojos Color rosado cuando escupe Mal aliento Caries ¿Tiene un dentista al que usted valla rutinariamente? Nombre del Dentista/Clínica ¿Cuánto tiempo hace va 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 ¿Cuantas veces al día se cepilla los dientes? ¿Usa pasta que contiene fluoruro? Sí ¿Usa hilo dental todos los días? Sí

Examen: (circule las que correspondan)

Dientes								
Rellenos		Mand Blan			lanchas Cafés	Placa	Caries	Absceso
Encías								
Rosa	Р	lanas	Hinch	azón	Rojo	Olor	Calculo v	isible

Necesita Tratamiento para: (circule las que correspondan)

	Encías	
Cuidado Rutinario	Gingivitis	Periodontitis

Evaluación de los Dientes

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