

CUÉNTENOS SOBRE SUS SÍNTOMAS

APELLIDO _____ NOMBRE _____

1. ¿Está experimentando algún dolor en este momento?
Si no, por favor vaya a la pregunta n.º 6.
Sí ___ No ___
2. En caso afirmativo, ¿puede localizar qué diente está causando el dolor?
Sí ___ No ___
3. ¿Cuándo notó por primera vez los síntomas? _____
4. ¿Sus síntomas aparecieron de repente o gradualmente? _____
5. Por favor, marque la frecuencia y la calidad de la molestia, y el número que más se acerque a la intensidad de su dolor:

NIVEL DE INTENSIDAD

(En una escala del 1 al 10)

1 = Leve 10 = Severo

1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 ___

FRECUENCIA

Constante Intermitente Momentánea Ocasional

CALIDAD

Agudo Sordo Pulsante

¿Hay algo que pueda hacer para aliviar el dolor?

En caso afirmativo, ¿qué? _____

¿Hay algo que haga que el dolor aumente?

En caso afirmativo, ¿qué? _____

Al comer o beber, ¿su diente es sensible a:

Frío Calor Dulces

¿Le duele el diente al morder o masticar?

Sí ___ No ___

¿Le duele si presiona la encía alrededor de este diente?

Sí ___ No ___

¿Un cambio de postura (acostarse o inclinarse) hace que su diente duela?

Sí ___ No ___

6. ¿Aprieta o rechina los dientes?

Sí ___ No ___

7. En caso afirmativo, ¿usa un protector nocturno?

Sí ___ No ___

8. ¿Se ha colocado recientemente una restauración (empaste o corona) en este diente?

Sí ___ No ___

9. Antes de esta cita, ¿se ha iniciado una terapia de conducto en este diente?

Sí ___ No ___

10. ¿Hay algo más que debemos saber sobre sus dientes, encías o senos paranasales que nos ayude en nuestro diagnóstico?