

CUESTIONARIO PRIMERA CONSULTA

Nombre _____
Actividad _____

Fecha _____
Edad _____

Motivo de la Consulta: _____

Por favor conteste **SI** o **NO** a las siguientes preguntas. Si no sabe la respuesta, conteste no.

SI NO

1. Ha tenido tratamiento de Ortodoncia: frenillos?
2. Ha tenido Enfermedad Periodontal :le sangran las encías?
3. Ha tenido tratamiento con planos de relajación?
4. Ha sido tratada por: dolor muscular facial o en la articulación mandibular?
5. Ha recibido algún golpe fuerte en la cabeza, cuello, cara o mandíbula?
6. Con frecuencia tiene dolores de cabeza : 1 o más veces por semana?
7. Tiene dolor o malestar alrededor de ojos, oídos u otra parte de la cara?
8. Frecuentemente tiene dolor o rigidez en músculos del cuello, hombro o espalda?
9. Con frecuencia aprieta los dientes durante el día / noche?
10. Le han dicho alguna vez que rechina o hace ruido con los dientes al dormir?
11. Ha tenido cambios en la audición o siente ruidos en los oídos (pito)?
12. Ha tenido alguna vez dolor en la articulación témporomandibular ?
13. Ha tenido ruidos o salto en sus articulaciones mandibulares?
14. Alguna vez el dolor o la molestia articular ha disminuido o desaparecido 100 % ?
15. En ocasiones, se le duermen los dedos de las manos?
16. Se le ha diagnosticado hiperlaxitud ligamentaria, fibromialgia o fatiga crónica?
17. Generalmente tiene dolor en huesos o músculos del cuerpo (localizado o difuso)?
18. Ocasionalmente tiene la sensación de mareos o que se va a desmayar?
19. Con frecuencia siente fatiga, cansancio o debilidad física?

- 20 Con frecuencia tiene calambres en las piernas?
- 21 Con frecuencia tiene sensación de frío en manos y/ o pies?
- 22 Con frecuencia despierta cansada?
- 23 Tiene alguna alteración del sueño?
- 24 Tiene un sueño ligero. Cualquier ruido la despierta 2 o 3 veces todas las noches?
- 25 Despierta con sed? Duerme con un vaso de agua en el velador?
- 26 Despierta con sensibilidad en sus dientes y/o maxilares?
- 27 Tiene un régimen alimenticio especial: vegano, vegetariano u otro?
- 28 Con frecuencia hace dietas especiales para adelgazar?
- 29 Con frecuencia tiene diarreas o estreñimiento?
- 30 Le duele el pelo o la cabeza al peinarse?
- 31 Ha notado un aumento o baja de peso sin explicación?
- 32 Ha notado sequedad del pelo y/o de la piel?
- 33 Alguna alteración en estrógenos, tiroides, glicemia, acido úrico, anemia o alergia?
- 34 Alguna alteración de vitaminas o de minerales: calcio, potasio, hierro, magnesio?
- 35 Toma anticonceptivos ?
- 36 Bebe alcohol con regularidad (5 o más veces por semana)?
- 37 Fuma más de 10 cigarrillos diarios?
- 38 Practica una actividad física con frecuencia (más de 3 veces por semana)?
- 39 Se come las uñas o se muerde la lengua o los labios?
- 40 Mastica chicle o lápices frecuentemente?
- 41 Con frecuencia tiene herpes o gripe?
- 42 Es usted autoexigente, perfeccionista? del 1 al 10 en que grado?
.....

Escriba por favor los medicamentos que toma con regularidad: _____

Actualmente, siente cómoda su forma de morder ? SI NO

Si su respuesta es NO, por qué? _____

Actualmente, tiene dolor en la cara y/o articulación mandibular ? SI NO

En caso de dolor, este es : localizado Difuso

Tiene dificultad para masticar ? SI NO

Debido a : dolor articular _____ ruido articular _____
dolor dentario _____ falta de dientes _____
dolor mandibular _____ otro _____
apertura limitada _____

Se ha quedado alguna vez con la boca abierta sin poder cerrarla ? SI NO

Cuándo? _____

Al despertar, ha tenido la sensación de no poder abrir la boca ? SI NO

Explique por favor: _____

Cuál o cuáles aspectos de su problema le preocupan más ?

Le han tomado radiografías por este problema ? SI NO

Cuándo y en qué zona ? _____

Ha tenido algún cambio reciente en su vida (cambio de estado marital, cambio de trabajo, cambio de casa, boda, defunción, u otro evento estresante)? SI NO

Cree que la tensión nerviosa le está agravando su problema ? SI NO

Alguna otra enfermedad que no haya sido mencionada?
