

Auto-Selección Checklist

Revise su boca para buscar signos de problemas dentales. Obtener un chequeo dental.

Encierra en un círculo la respuesta a las siguientes preguntas acerca de sus experiencias:

- SI NO ¿Ha tenido un dolor de muelas en los últimos meses que no ha sido tratada por un profesional dental?
- SI NO ¿Sus dientes son sensibles a los alimentos fríos o calientes y bebidas?
- SI NO ¿Sus encías sangran cuando se cepilla los dientes?
- SI NO ¿Se siente una sensación de ardor en la boca o en la lengua?
- SI NO ¿Ha tenido alguna herida en la boca durante el último par de meses?
- SI NO ¿Se ha preocupado por tener mal aliento o que los demás te dicen que tienes mal aliento?
- SI NO ¿Le duele la mandíbula al masticar?
- SI NO ¿Su boca se sienta seca a menudo?
- SI NO ¿Tiene partido o roto alguno de los dientes?

Mira en un espejo. Uso de las imágenes y las descripciones en la tabla de auto-evaluación, marque la respuesta a las siguientes preguntas:

- | | | | | | |
|----|----|---|----|----|-------------------------------------|
| SI | NO | Encías rosadas y saludables | SI | NO | Manchas oscuras en los dientes |
| SI | NO | Encías rojas, hinchadas | SI | NO | Abscesos en las encías |
| SI | NO | Acumulación de sarro visible en los dientes | SI | NO | Hinchazón de la mejilla o mandíbula |
| SI | NO | Dientes que luzcan más largos | SI | NO | Los cambios en los tejidos blandos |
| SI | NO | Dientes astillados o rotos | SI | NO | Los cambios en la lengua |
| SI | NO | Manchas blancas en los dientes | | | |

Nombre: _____ Fecha: _____

Cita Dental Programada: _____