



ORAL

Oregon Rural Alliance of Dental Leadership

1966 Garden Ave Eugene Or 97403

Phone: 1-866-935-9663 Fax: (541) 342 1150

Cuestionario individual del programa ORAL

Datos demográficos

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Información Dental

Fecha aproximada de la última visita al dentista: _____

¿Qué servicios le proporcionó el dentista en esa última visita? _____

¿Cuál es su necesidad dental más urgente en este momento?

¿En qué estado se encuentran sus dientes y encías actualmente? _____

¿Alguna vez ha tenido que tomar antibióticos antes de una visita al dentista? Sí No

¿Utiliza placas o puentes? Sí No

¿Le quedan bien? Sí No

Otros comentarios: _____

Información médica

Médico: _____ Número de teléfono: _____

Alguna otra cosa que nos quiera decir: _____
