



Evan S. Halpern D.D.S
PRACTICE LIMITED TO ENDODONTICS
A Professional Corporation

909.989.0899 PHONE 909.989.1499 FAX 10801 FOOTHILL BLVD. STE 103, RANCHO CUCAMONGA, CA 91730

PARA MEJOR ASISTIRLE

Nombre de paciente: _____

Fecha: ___/___/___

POR FAVOR APUNTE LOS QUE APLIQUEN A USTED.

Estoy aqui para tratamiento por dolor presentemente.

Eh tenido dolor.

Nunca eh tenido dolor.

Mi dentista general dijo que necesito tratamiento del nervio el ___/___/___.

Eh tenido un accidente involucrando este diente.

Eh tenido cirugía en este diente por el(la) doctor(a): _____ el ___/___/___.

El diente fue llenado o Coronado el ___/___/___.

Mi dentista general planea reponer la corona o el Puente.

Primero note el dolor DIAS/ SEMANAS/ MESES atras.

El dolor perdura.

El dolor viene y va.

El dolor esta aumentando.

El dolor es menos o a desaparecido.

El dolor ocurre espontaneamente.

El dolor viene de comer o masticar.

El dolor esta localizado en un diente especifico.

El dolor occurred en la noche.

Lo helado aumenta el dolor.

Lo caliente aumenta el dolor.

El diente se siente adolorodido cuando es tocado.

El dolor se esta desparamando hacia la oreja.

El dolor se esta desparamando hacia el cuello.

El dolor se esta desparamando hacia el ojo.

Todo el lado de mi cara duele.

La abertura de mi boca es limitada.

Me eh hinchado.

Estoy hinchado(a).

Estoy actualmente en antibioticos.

Estoy actualmente tomando medicamento para el dolor.

Refrescos frios o hielo alivia el dolor.

El diente se siente suelto.

Tengo un sabor extrano en mi boca.

Cualquier otra cosa: _____.